Rok XXXIII. Kraków 17. Listopada 1894 r. Nr. 46.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniej półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. S. Domański.

Redakcya: Przy ulicy Szczepańskiej Nr. 9. Telefonu Nr. 108.

Administracya: Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycya miejscowa w księgarni p. St. Krzyżanowskiego. Rynek główny, 36.

Ogłoszenia przyjmują: w Krakowie Administracya, a w Paryżu p. Adam 81, Rue des Saints Pères.

Przedpłatę przyjmują: Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiem i Rosyi urzędy pocztowe, w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam 81. Rue des Saints Pères, w *Nowym Jorku* Dr Bronisław Grabowicz 137 Clinton and 180 Broome Streets.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

	w Austryi	w Król. Polskiem i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
Rocznie:	8 złr. 80 ct.	6 rsr.	14 mk.	24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_8$ „	„ 6 „

I. WYKŁAD WSTĘPNY

Prof. Dra Kazimierza Kostaneckiego

przy objęciu katedry anatomii opisowej we Wydziale lekarskim Uniw. Jagiellońskiego w d. 20. Października 1894.

(Według stenogramu).

Panowie! Po raz pierwszy staję dzisiaj wobec Panów na tem miejscu, na którem od lat przeszło dwudziestu i pięciu słuchacze pierwszych kursów medycyny zwykli byli widywać prof. Ludwika Teichmanna. Zamiast człowieka, którego imię zapisało się tak świetnie w dziejach nauki, zamiast człowieka, któremu cała generacya polskich lekarzy zawdzięcza swoje wykształcenie, staję ja dzisiaj wobec Panów w samym prawie początku swego dydaktycznego zawodu. Jest to chwila zarówno ważna dla mnie, jako też i dla Panów a jeżeli dozwolonem mi będzie wykładać z tego miejsca dłuższy szereg lat, chwila ważna może dla całego przyszłego pokolenia polskich lekarzy. Wspominam o tem dla tego, aby Panów zapewnić, że czuję cały ciężar obowiązków, jaki w tej chwili na mnie spada, i że z całą świadomością i z całem przeświadczeniem o ich doniosłości przystępuję do ich spełnienia.

W takich chwilach, proszę Panów, gdy barki nasze uginają się pod ciężarem spadających na nie obowiązków, człowiek mimowoli ogląda się na około siebie i poza sobą szuka podpory, szuka zachęty, podniety i otuchy do pracy. Taką otuchą do dalszej pracy jest dla mnie przedewszystkiem zaufanie Wydziału lekarskiego, który mię na to trudne, a tak zaszczytne stanowisko powołał — taką podnietą przykład ciągłej i niestrudzonej pracy wielkiego mego poprzednika — taką wreszcie zachętą te przyjacielskie stosunki, jakie się między słuchaczami Uniwersytetu Jagiellońskiego a mną nawiązały na poprzedniem mem stanowisku a które, mam nadzieję, nadal jedynie tylko wzmacniać i utrwalać się będą.

Że w takiej chwili, jak dzisiejsza, cały tłum myśli ciśnie mi się do głowy, to Panowie łatwo zrozumiecie! Ale obecność tak licznego grona Panów i to przeważnie Panów, których nie będę mógł zaliczyć do swych stałych słuchaczy, wskazuje mi wyraźnie, że Panowie zebraliście się głównie po to, aby się dowiedzieć, jakie będą dalsze losy tej katedry, która jest jedną z najważniejszych katedr teoretycznych nie tylko we wydziale lekarskim, ale w ogóle w naszym uniwersytecie, że chcecie się Panowie dowiedzieć, w jakim kierunku nadal anatomię człowieka wykładać zamyślam. Tego, zdaje mi się, Panowie żądacie i macie prawo żądać a moim jest obowiązkiem dać tu Panom odpowiednie wyjaśnienia.

Ale nie tylko Panom winienem te wyjaśnienia, winienem je także sobie samemu, bo i wykładający powinien przy objęciu nowego pola działania rozejrzeć się naokoło siebie, objąć wzrokiem cały obszar swego naukowego działu i wybrać drogę, po której postępować zamyśla. A jeżeli kiedy, to właśnie w obecnych czasach rozpoznanie takie staje się koniecznem, koniecznem krytyczne roztrząśnienie różnych prądów i kierunków, jakie objawiają się w tej gałęzi nauk biologicznych; bo z jednej strony nauka w kilku ostatnich dziesiątkach lat postępuje olbrzymimi krokami naprzód a z drugiej strony z kół lekarskich odzywają się coraz to liczniejsze głosy, że Uniwersytety kształcą raczej teoretyków, aniżeli praktycznych lekarzy.

Dylemat ten, jeśli istnieje, byłby dylematem bardzo przykrym: bo z jednej strony walczyłoby w nas poczucie, że obowiązkiem naszym wobec społeczeństwa jest wykształcenie zastępu dzielnych lekarzy praktycznych a z drugiej strony nauka nęci nas swemi zdobyczami i nie pozwala nam ani na chwilę zapominać, że dopóki uniwersytet uniwersytetem, nie wolno nam obniżać wykładów swych do poziomu szkół zawodowych, ale że obowiązkiem naszym jest stać na straży postępu naukowego.

I.

Jeżeli cofniemy się myślą nieco w dal, choćby nie do tych czasów, gdzie stała kolebka anatomii, ale już tylko do wieku XVI., to jest do chwili, od której datuje się epoka pierwszego, większego jej rozkwitu, znajdziemy anatomię w najściślejszym związku z medycyną, jako też z innemi gałęziami młodych jeszcze naówczas nauk przyrodniczych. Lekarz jest zazwyczaj równocześnie anatomem, zoologiem, botanikiem, fizykiem, częstokroć i matematykiem. Względy praktycznej medycyny przeważają w badaniach anatomicznych po nad wszelkiemi innemi a nawet inne chwilowo wcale się nie objawiają. Medycyna praktyczna żąda od anatomii, jako od podstawy dla dalszych gałęzi nauk lekarskich, aby jej dała jak najdokładniejszy i jak najsubtelniejszy obraz budowy ciała ludzkiego. I do spełnienia tego zadania zdążają też głównie badania anatomiczne z XVI., XVII. a po części i XVIII. wieku, wzbogacają naukę całym szeregiem odkryć pierwszorzędnych, szybko po sobie następujących. Kierunek ten, wywołany potrzebami medycyny praktycznej, jest z natury rzeczy czysto i wyłącznie o p i s o w y, o p i s o w o - t o p o g r a f i c z n y.

Gdy za pomocą tej metody zdobyto już główne podstawy, gdy zapoznano się już z kształtem, wejrzeniem, położeniem wzajemnem organów, musiał przyjść czas, w którym zaczęły się nasuwać zagadnienia co do dokładniejszej ich funkcyi i teraz przygotowane już były dane, na podstawie których można było wykonywać te badania. Wprawdzie już w XVII. wieku odkrycie krążenia krwi przez H a r v e y a dało impuls myślom i badaniom w kierunku fizyologicznym i wykazało, że odkrycie funkcyi jakiegoś narządu musi wytworzyć przełom i w pojęciach anatomicznych o nim i podniecić do nowych badań i poszukiwań, ale dopiero w ciągu wieku XVIII., od czasów A l b. H a l l e r a kierunek ten wysuwa na pierwszy plan badania fizyologiczne. Badania te, nasamprzód w najściślejszym związku z anatomią zostające, wytworzyły powoli nową gałąź nauki, naukę o funkcyach organów, o ich sprawach i czynnościach — fizyologię. Ale mimo to dwie te nauki, zazwyczaj w ręku jednego i tego samego profesora zostające, muszą naturalnym biegiem rzeczy na każdym kroku oddziaływać na siebie wzajemnie. Każde nowe odkrycie z dziedziny fizyologii ożywia badania anatomiczne, daje im głębsze znaczenie, prowadzi do głębszego zrozumienia i odtąd fizyologia stanowi nić przewodnią dla badań anatomicznych. A choć potem fizyologia wzrasta do takich rozmiarów, że oddziela się już jako samodzielna gałąź od pnia wspólnego, chociaż w skutek odrębnych metod badania idzie samodzielną drogą i chociaż rozdział ten objawia się w połowie tego wieku nawet podziałem katedry anatomii i fizyologii w uniwersytetach, wpływ, jaki wywierają te nauki na siebie, jest niemniej wielkim i niemniej rozległym. Po czysto opisowym kierunku w anatomii nastała więc epoka f i z y o l o g i c z n a, epoka pełna najpiękniejszych wyników. Rezultaty tych badań nabierają dla praktycznej medycyny pierwszorzędnego znaczenia i teraz anatomia i fizyologia zasycają całą naukę lekarską sokami odżywczemi.

Dla obu tych nauk nadzwyczajnej wagi było odkrycie mikroskopu i wprowadzenie go w wieku XVII. do badań anatomicznych. Przez to mogła nauka analitycznie wnikać głębiej jeszcze w budowę organów. Trzeba wszakże wyraźnie oświadczyć, że przez wprowadzenie mikroskopu zyskała nauka tylko nowy, doskonalszy, t e c h n i c z n y ś r o d e k badania, ale nie wpłynęło to na wytworzenie nowego kierunku, nowej m e t o d y n a u k o w e j; metoda pozostała opisową lub fizyologiczną, tylko zakres obserwacyi rozszerzył się przez to i pogłębił.

Gdy badania anatomiczne stworzyły już silną podstawę dla praktycznej medycyny, gdy za pomocą fizyologicznej metody uzupełniono i pogłębiono te badania, nadszedł czas, w którym nauka mogła już swobodniej pójść za prądem, który już niejednokrotnie przedtem się pojawiał i który dążył do tego, aby już nie dla celów praktycznych, ale dla lepszego poznania prawdy wniknąć głębiej w istotę organizmów. Teraz zaczyna się nauka dla nauki. Coraz to więcej zaczyna się przebijać świadomość, że zarówno jak człowiek, każde zwierzę może być przedmiotem badań anatomicznych, że nawet ze stanowiska absolutnej nauki wyniki badań nad ustrojem zwierzęcym mogą być równie ważne, jak wyniki badań anatomii ludzkiej. Przez to wywiera anatomia większy wpływ na zoologię, dotąd przeważnie w systematycznym kierunku dążącą, i wysuwa bardziej na pierwszy plan zootomię.

Ale chwilowo badania zootomiczne postępują wprawdzie równolegle do badań w dziedzinie anatomii ludzkiej, analiza odkrywa ciągle tysiące faktów, lecz nie posuwa się do tego, aby rezultaty badań zaczęto ze sobą wiązać i aby próbowano dojść na podstawie wyników tej analizy do głębszego zrozumienia organizmów, do szerszych, ogólniejszych wyników, do ogólniejszej syntezy. Dopiero od czasów C u v i e r a w początku tego wieku zaczynają się próby syntezy, zaczyna się porównywanie wyników zootomicznych; on pierwszy stara się nagromadzone materyały objąć z wyższego stanowiska, ogólniej oświetlić i objaśnić, stara się dojść do ogólniejszych praw budowy organizmów i staje się tem samem twórcą a n a t o m i i p o r ó w n a w c z e j, anatomii filozoficznej, jak ją we Francyi, albo też anatomii krytycznej *(kritische, denkende Anatomie)*, jak ją później w Niemczech nazwano.

Prócz tego C u v i e r pierwszy wskazał, że nie tylko te zwierzęta, które na kuli ziemskiej dzisiaj spotykamy, powinny być przedmiotem badania, ale i te, które wśród kataklizmów, przez jakie przechodziła ziemia, zostały w głębi jej pogrzebane. Tym sposobem z dziedziny geologii przyłącza cały dział p a l e o n t o l o g i i do badań anatomiczno-biologicznych.

W tej epoce samodzielniejszego, z pod wpływu praktycznych względów wyswobodzonego badania coraz wyraźniej rysuje się też dążenie, które się przedtem przebijało od czasu do czasu, mianowicie dążenie do zapoznania się z historyą rozwoju żyjących tworów, bo słusznie obiecywano sobie ztąd nowych wyjaśnień i wytłómaczeń. Przeczuwano niejako, że zawiły organizm dorosłego człowieka i również zwierzęcia musi się rozwijać z prostszych, nie tak zawiłych i łatwiej zrozumiałych początków. Badania nad rozwojem zwierząt, zainaugurowane w końcu zeszłego wieku a od roku 1828. (od wystąpienia K. E. B a e r a) systematycznie do nauki wprowadzone, otworzyły całą kopalnię nowych odkryć, które w stosunkowo krótkim czasie wzrosły do olbrzymich rozmiarów, i odtąd e m b r y o l o g i a staje się kamieniem węgielnym dla zrozumienia form organicznych. I tutaj znowu tak samo, jak w anatomii, zaznaczyły się dwie metody ba-

dania, jedna czysto opisowa, uwzględniająca tylko indywidualny rozwój pewnego gatunku, druga o szerszym zakroju, bardziej naukowa, głębsza, embryologia porównawcza, która, idąc śladem anatomii porównawczej, porównywa całą historyę rozwoju organizmów, cały szereg ich form przejściowych i tutaj stara się dojść do wykazania ogólniejszych, zasadniczych praw rozwoju. Skutkiem odrębnej techniki badania embryologia wytworzyła niedługo osobną gałąź biologii i stanęła w jednym szeregu obok anatomii ludzkiej, anatomii porównawczej i paleontologii.

Nauki te nagle około 1838. roku doznały ogromnego wzrostu skutkiem odkrycia, które stanowi epokę w naukach biologicznych i które nauki te pchnęło na nowe tory, mianowicie odkrycia komórki, komórki będącej siedliskiem funkcyj życia. Odkrycie to wywarło niezmierny wpływ na całe pojmowanie budowy organizmu a prócz tego nawiązało nowe nici między zoologią a botaniką i związało je węzłem silniejszym, aniżeli dawniej przypuszczać było można; nie tylko bowiem wykazało, że organizm zwierzęcy zbudowany jest z tych samych cząstek, co i organizm roślinny, ale nadto, że w obu światach nowe twory powstają z jednej, jedynej komórki, to jest zapłodnionego jajka, i że w tej jednej komórce tkwią *in potentia* wszystkie własności późniejszego organizmu i że przez nią dziedziczą się właściwości organizmu ojca i matki. Następnie odkrycie to dopiero nauczyło nas, że mamy na pograniczu świata zwierzęcego i roślinnego twory, które są tylko jedną jedyną komórką.

Odkrycie to przedewszystkiem dla embryologii musiało być pierwszorzędnego znaczenia, ponieważ dopiero teraz pierwsze stadya rozwoju stały się zrozumiałe, te mianowicie, gdzie organizm tylko z jednej, potem przez jej ciągły podział z kilku, kilkunastu, kilkudziesięciu komórek się składa.

Ale te cztery nauki, które wyszły ze wspólnej kolebki, nie mogły przez długi czas iść każda swoim torem i niepodobnem było, aby się nie miały prędzej czy później spotkać i nawzajem oddziaływać na siebie. I istotnie potrzeba tylko było umysłu, któryby zdołał objąć cały ogrom nagromadzonego materyału, któryby umiał wysnuć z dotychczasowych badań śmielsze i ogólniejsze wnioski, któryby mianowicie umiał wyniki tych różnych gałęzi nauk, anatomii, anatomii porównawczej, embryologii i paleontologii zestawić i powiązać, a musiał z tego wyniknąć nowy prąd ożywczy dla badań biologicznych, musiała wyniknąć synteza, która okazała się śmielszą i ogólniejszą nad wszelki wyraz.

To też wystąpienia Darwina w roku 1858 nie można uważać za przypadkowe, ale teorya jego o wspólnem pochodzeniu zwierząt, wedle której każdy gatunek zwierząt, zanim doszedł do tego rozwoju, w jakim go obecnie widzimy, musiał w ciągu milionów lat przeobrażać się z niższych form pierwotnych i z nich wytwarzać się stopniowo, jest syntezą nagromadzonego przedtem materyału analitycznego. Jeżeli dawniej anatomia porównawcza wskazywała podobieństwa większe lub mniejsze w ustroju organizmów i w dokładniejszej budowie organów, to teraz, przyjąwszy za punkt wyjścia teoryę wspólnego pochodzenia, pod tym kątem widzenia przedstawia nam dalsze lub bliższe ich pokrewieństwo.

Już przed Darwinem zwrócono uwagę na szereg okoliczności, które dały podstawę do utworzenia tej teoryi. Najniższe zwierzęta są tylko poprostu pojedyńczemi komórkami; również i każde wyższe zwierzę musi przejść stadyum, w którem jest tylko jedną, jedyną komórką. Z tej komórki rozwijają się przez ciągły podział szeregi komórek, wytwarzają się wskutek wyosobniania różne organa i wyodrębniają się znów u wszystkich zwierząt bezkręgowych i kręgowych wedle stałych i tych samych praw, tak dalece, że stadya rozwoju różnych zwierząt są do siebie do tego stopnia podobne, że nawet wprawne oko badacza w niektórych okresach rozwoju niełatwo odróżni od siebie zarodki różnych zwierząt. Zarodki wyższych zwierząt są znowu podobne do zwierząt wyrosłych niższego typu, żyjących na kuli ziemskiej albo też takich, których szczątki znajdujemy w ziemi, a im wcześniejsze stadya badamy, tem niższe przypominają nam typy. Każdy więc twór zwierzęcia ssącego n. p. przypomina najpierw twory jednokomórkowe, potem wyższe zwierzęta bezkręgowe, potem organizmy przejściowe między kręgowemi a bezkręgowemi, potem niektóremi okresami rozwoju przypomina kolejno ryby, płazy, gady i ptaki.

W tem zjawisku zyskała teorya o wspólnem pochodzeniu zwierząt jednę z głównych swych podstaw. Häckel ujął ją w swe prawo biogenetyczne a mianowicie: że historyczny, genealogiczny, szczepowy rozwój każdego rodzaju odzwierciedla się w jednostkowym rozwoju jego reprezentantów, czyli że rozwój jednostkowy (ontogeneza) jest skróconem powtórzeniem rozwoju szczepowego (filogenezy, *phylogenesis*); skróconem powtórzeniem, ale i wielokrotnie zmienionem; w ontogenezie każdego rodzaju bowiem spotykamy wśród objawów wspólnych i temu rodzajowi i niższym od niego zwierzętom, a więc objawów po nich odziedziczonych (objawów palingenetycznych), szereg objawów nowych, przez które wyróżnia się ontogeneza tego rodzaju (objawów cenogenetycznych). Rozróżnienie i odgraniczenie tych objawów w każdym przypadku, który badamy, jest do dziś dnia dla nauki połączone z największą trudnością.

Najpewniejszych, autentycznych dokumentów prawdziwości teoryi o wspólnem pochodzeniu mogłaby nam dostarczyć paleontologia, gdyby mogła wykazać, że istotnie w głębi ziemi zachowane są zwierzęta, które kształtami swemi odpowiadają tym formom przejściowym, jakie musimy przyjąć pośród grup zwierząt żyjących dziś na kuli ziemskiej. I rzeczywiście niektóre takie dowody zyskaliśmy w paleontologii, ale niestety materyał, jakiego ona nam dostarczyć może, jest nader niezupełny, bo dotyczy tylko bardzo niewielkiej liczby zwierząt i jedynie tylko tej części organizmu, która oprzeć się zdołała zepsuciu i zagładzie, to jest szkieletu. Ale i w tych niewielu formach przejściowych mamy dokument dla nas bardzo ważny, tembardziej, że im starsze warstwy ziemi badamy, tem niższe twory znajdujemy stósownie do ich rozwoju historycznego.

Gdy następnie Huxley teoryę wspólnego pochodzenia zastósował w ostatniej jej konsekwencyi i do człowieka, cały wynik badań embryologicznych i porównawczo-anatomicznych oddziałać musiał na anatomię ludzką i od tej chwili nauka nie może uważać organizmu człowieka za wytwór jednorazowy, odosobniony, ale za ostatni wynik długiego, stopniowego, szczepowego rozwoju, za ostatnie ogniwo w łańcuchu organizmów i tylko z tego stanowiska może dziś przyr dnik badać ustrój ludzki.

Dowody na to, że i człowiek w swoim szczepowym rozwoju musiał przechodzić przez cały szereg niższych form, mamy również w jego rozwoju zarodkowym. Człowiek, jak każdy inny twór żyjący, składa się pierwotnie z jednej, jedynej komórki. Następnie cały organizm jego, jak i każdy organ z osobna odzwierciedla swą historyę szczepową i każdy ustęp rozwoju tylko za pomocą embryologii porównawczej jest zrozumiały. A i w organizmie człowieka dorosłego mamy pełno reminiscencyi jego genealogicznej przeszłości, których zrozumieć nie podobna bez anatomii porównawczej. Porównawczo-anatomiczne i porównawczo-embryologiczne stósunki musimy mieć ciągle na oku, jeśli anatomia ludzka nie ma dla nas pozostać tylko ścisłem, dokładnem zestawieniem szczegółów po części zagadkowych i niezrozumiałych. Z uwzględnieniem niższych ustrojów przekonamy się, że człowiek budową swą najbardziej zbliża się do najwyższych kręgowców, t. j. ssaków, ale jest tworem doskonalszym od nich, w ogóle tworem najdoskonalszym w żyjącej przyrodzie, gdyż organizm jego w skutek ciągłego doskonalenia się doszedł do najbardziej skończonej budowy, chociaż w interesie całości niektóre jego organa pozostają na niższym stopniu rozwoju, niż u niektórych zwierząt.

Anatomia porównawcza i embryologia porównawcza stworzyły więc w zastósowaniu do anatomii ludzkiej nową dla niej epokę, e p o k ę p o r ó w n a w c z o - a n a t o m i c z n o - e m b r y o l o g i c z n ą. Dążeniem tej epoki jest przeto dążenie do z r o z u m i e n i a k s z t a ł t ó w c i a ł a l u d z k i e g o, do zrozumienia, w jaki sposób stopniowo powstały jego organa w swym jednostkowym i szczepowym rozwoju, i dlatego epokę tę nazywamy e p o k ą m o r f o l o g i c z n ą.

Czy ten kierunek morfologiczny, który obecnie wszechwładnie panuje w naukach anatomicznych, nie będzie musiał w przyszłości ustąpić miejsca a przynajmniej podzielić się władzą z nowymi prądami, o tem dzisiaj przesądzać nie możemy. W miarę postępów nauki wyłaniają się nowe zagadnienia, których na razie przewidzieć nie można, i dlatego możliwości nowego, szerszego jeszcze prądu i kierunku w tak żywotnych naukach, jak biologiczne, ciągle oczekiwać należy.

Wspomnieć nawet wypada, że już dziś pojawiać się zaczyna nowy prąd, który śmielsze jeszcze i dalsze stawia sobie cele. Twórcy tego kierunku zarzucają bowiem—i słusznie—, że morfologia przedstawia nam szeregi kształtów, że ułatwia nam ich zrozumienie wykazując, że organizm powstał pod tą a tą postacią, że przeszedł te a te stadya rozwoju ontogenetycznego, a nawet, przyjąwszy teoryą wspólnego pochodzenia, rozwoju szczepowego, ale że nie wskazuje nam o s t a t e c z n y c h p r z y c z y n powstania tych kształtów, nie tłómaczy i nie objaśnia, d l a c z e g o organizm tak powstał, a nie inaczej, dla czego powstać mógł tylko taki organizm a nie inny. Chociaż bowiem pomagamy sobie teoryą dziedziczności, teoryą doboru naturalnego w przyrodzie, teoryą stósowania się do otoczenia, która ma nam wytłómaczyć celowość organizacyi w stósunku do okoliczności świata zewnętrznego, to są to tylko abstrakcye, przypuszczenia, które ostatecznych przyczyn *(verae causae, causae efficientes)*, ani wewnętrznych ani zewnętrznych nie odkrywają. Otóż najnowsze badania stawiają sobie za zadanie: wykazać ostateczne przyczyny powstania i organizacyi ustrojów, zrozumieć i wniknąć w ich siły twórcze, w podstawy ich życia, które wytworzyły ich kształt jako widomy swój produkt, i w tym celu zdążają do rozłożenia pojęcia życia na szereg elementarnych sił fizycznych i chemicznych i do ujęcia ich w stałe prawa matematyczne, prawa, którcby ostatecznie postawiły biologię na stałej i pewnej podstawie nauk ścisłych.

Nauka ta nie może naturalnie zacząć od badania wyższych ustrojów, ale musi najpierw zejść do najniższych jednokomórkowych a przy badaniu wyższych może chwilowo zabrać się do badania jedynie tylko pierwszych okresów rozwoju, gdzie cały organizm składa się z jednej, jedynej a potem z kilku, kilkunastu komórek. A i tutaj badania tworów, powstających w prawidłowych okolicznościach nie prowadzą do głębszych wyników; więc nauka ucieka się do doświadczenia, stwarza dla rozwijających się organizmów nieprawidłowe, ale ściśle określone stósunki sztuczne i bada zmiany, jakie ztąd wynikają w ustroju rozwijającego się tworu; i tak przez wielokrotne ujemne modyfikacye pośrednio zdąża do celu, do wynalezienia sił twórczych w stósunkach prawidłowych. Przez to badania te wkraczają poniekąd w zakres fizyologii i to pewna, że kiedyś znowu obie te nauki, morfologia i fizyologia, na tem polu zwiążą się ściślej.

Czy kierunek ten, który nazywamy k i e r u n k i e m e t y o l o g i c z n o - m e c h a n i c z n y m, albo też m e c h a n i k ą r o z w o j o w ą, spełni wszystko to, co zapowiada, pokaże nam dopiero daleka przyszłość. Chwilowo kierunek ten, pierwszorzędnego znaczenia dla biologii, ale będący zaledwie w pierwszym zawiązku, na anatomię ludzką oddziaływać jeszcze nie może. (Dokończenie nastąpi).

II. Kilka uwag o statystyce włókniaków macicy w stósunku do teoryi Cohnheima.

Z powodu pracy

Dra A l e k s a n d r a R o s n e r a:

O płodności kobiet mających włókniaki macicy

podał

Dr. Józef Kadyi z Jasła.

W Nr. 41. i 42. *Przeglądu lekarskiego* z r. b. w artykule: *O płodności kobiet mających włókniaki macicy* dochodzi Szan. autor na podstawie cyfr statystycznych różnych klinik do wniosku, że C o h n h e i m, opierający się wyłącznie na materyale sekcyjnym, nabrał m y l n e g o przekonania, jakoby włókniaki macicy pojawiały się z upodobaniem u niewiast, które nie rodziły i części swych rodnych nie używały. Cyfry więc statystyczne wielu klinik, ponieważ okazują wprost przeciwny Cohnheimowi rezultat, zadają tem samem stanowczy cios teoryi Cohnheimowskiej, wedle której w ł ó k n i a k i m a c i c y d l a t e g o t a k s ą c z ę s t e u k o b i e t n i e z a p ł a d n i a n y c h, p o n i e w a ż u n i c h o w a z a r o d k o w e g o p o c h o d z e n i a s k ł o n n o ś ć m a c i c y d o z n a c z n e j p r o l i f e r a c y i k o m ó r e k n i e d o s i ę g a t u p r z e z f i z y o l o g i c z n ą c i ą ż ę s w e g o c e l u i m i a r y i d l a t e g o p r o w a d z i d o p a t o l o g i c z n e g o r o z r o s t u w f o r m i e w ł ó k n i a k ó w.

Mojem zdaniem ta hipoteza Cohnheima utrzymuje się w całej swej pierwotnej sile nawet mimo przytoczonych przez Szan. kol. Dra Aleksandra Rosnera cyfr statystycznych. Bo czegóż dowodzą te cyfry? Tego, że w klinikach operuje się z powodu włókniaków macicy więcej kobiet, aniżeli starych

panien, t. j. niewiast, których części rodne są w zupełnym spoczynku. Jest to całkiem naturalne i konieczne niemal wobec okoliczności, że kobiet w ogólności na świecie jest bez porównania więcej, aniżeli starych panien (wyraźnie tu oświadczam, że tu przez stare panny rozumie się niewiasty, które rzeczywiście w życiu swem nie rodziły i części płciowych nie używały, gdyż o takie tu się rozchodzi -- nie zaś o panny stare w znaczeniu społecznem). Aby zbić twierdzenie Cohnheima na podstawie liczb właściwych, trzebaby koniecznie udowodnić, że n. p. u tysiąca kobiet znajdziemy więcej włókniaków macicy, aniżeli u tysiąca starych panien; tak zaś z pewnością nie jest. Jeżeli z małej w ogóle garstki tych panien złoży się materyał kliniczny włókniaków, mimo to tak znaczny, bo mało co mniejszy, aniżeli z tej, o tyle przeważającej liczby kobiet, to tem dowodniej nas to przekonywa, że stare panny daleko snadniej tej chorobie podpadają, aniżeli kobiety. Wszak panny, o które tu chodzi, w działach innych chorób nie stanowią prawie żadnego materyału klinicznego tak, że gdyby podobną zestawić statystykę, tyczącą się n. p. zapalenia płuc, to panny takie stanowiłyby nie 30 do 48% wszystkich przypadków (jak to właśnie bywa przy włókniakach macicy), ale zaledwie może jakiś ułamek.

W końcu muszę jeszcze i to nadmienić, że statystyka zestawiona przez Cohnheima z materyału sekcyjnego, ma tu większą wartość, bo jest dokładniejszą, aniżeli statystyka kliniczna. Wiadomo, że kobieta z powodu cierpienia macicznego bez oporu, bez długiego namysłu a więc zawczasu oddaje się w ręce lekarzy, gdy tymczasem panna długo się waha i w skutek tego wahania stanowi często jedynie materyał sekcyjny, nie zaś przedmiot kliniki operacyjnej. Okoliczność ta może wytłómaczyć, dlaczego Cohnheimowi z materyału sekcyjnego wypadły inne, t. j. wyższe cyfry, niż klinikom.

Z tych kilku uwag wynika, jak słuszne jest twierdzenie Cohnheima, że włókniaki macicy rozwijają się ze szczególnem upodobaniem u osób niezapładnianych a zarazem wypada, że wspomniane cyfry statystyczne kliników nie tylko nie są w stanie zadać „ciosu stanowczego“ teoryi Cohnheimowskiej, ale że nawet tę teoryę popierają nowymi dowodami.

W dalszym ciągu rzeczonego artykułu wykazuje Szan. autor, że płodność kobiet, cierpiących na włókniaki macicy podśluzowe, przewyższa nie tylko płodność kobiet z włókniakami podsurowiczymi i ściennymi, ale nawet płodność kobiet zdrowych. I w tym szczególe dopatruje się autor potępienia teoryi Cohnheima, twierdząc, że nie fizyologiczny spokój części rodnych, ale przeciwnie duża liczba przebytych porodów, sprawiając częste drażnienie i długotrwałe przekrwienie, staje się przyczyną wzrastania włókniaków. Otóż znowu, mojem zdaniem, twierdzenie całkiem niesłuszne. Przedewszystkiem z pomiędzy 193 chorych tylko 54 kobiet było płodniejszych, aniżeli osoby zdrowe; reszta zaś, t. j. 139 była albo mniej płodna albo wcale niepłodna. Nie godzi się przeto z zachowania się małej tylko części chorych snuć wnioski o etyologii choroby, zwłaszcza jeżeli przeważająca reszta, t. j. 139 przypadków wprost sprzeciwia się przyjęciu takiej etyologii. Powtóre ciąży jako sprawy fizyologicznej nie można uważać za bodziec drażniący w znaczeniu patologicznem. Zamiast więc wnioskowaniem nie wytrzymującem krytyki objaśniać pozycyę statystyki i to jedną tylko (54), w ten sposób dającą się objaśnić tak, aby zdawała się, że świadczy przeciwko Cohnheimowi; przypatrzmy się lepiej, czy raczej przeciwnie, t. j. w myśl właśnie teoryi Cohnheima nie uda się nam łatwiej i zupełniej pojąć wszystkie cyfry przez statystykę nagromadzone. A więc, owe 54 kobiet nie dlatego doczekały się włókniaków macicy podśluzowych, że zanadto często były w ciąży, ale tak owe częste ciąże, jak i w końcu wzrastające włókniaki były objawem jednej i tej samej energii macicy, energii prowadzącej do proliferacyi, którą Cohnheim uważa za pochodzącą jeszcze z czasów zarodkowych. Przy takiem pojmowaniu rzeczy nie będzie już nas dziwić, dlaczego nie doczekało się włókniaków owych 139 niewiast, które mniej rodziły lub wcale nie rodziły, bo tu już nie ciąża, ale zarodkowy zawiązek jest czynnikiem etyologicznym. Widocznie każda z tych kobiet tyle odbyła porodów, na ile pozwalał jej okres zdrowia przed rozwinięciem się włókniaków a że włókniaki podśluzowe rozwijały się, jak wykazała statystyka, średnio w późniejszym wieku, przeważnie około lub po ustaniu miesiączki, więc też kobiety z tymi włókniakami podśluzowymi miały możność i musiały przewyższyć płodnością swą resztę kobiet, bo kobiety zdrowe nie dorównywały tamtym powiększeniem skłonności swej macicy do proliferacyi, kobiety zaś z włókniakami podsurowiczymi i ściennymi nie dorównywały znowu długością czasu, na płodzenie pozostawionego. Tu zaraz możnaby się pokusić o wytłómaczenie na zasadzie twierdzenia Cohnheima, dlaczego włókniaki podśluzowe rozwijają się zazwyczaj w późniejszym wieku, aniżeli włókniaki podsurowicze i ścienne. Podczas ciąży najżywsza przemiana materyi, największe przekrwienie i najważniejsze zadanie przypada w udziale błonie śluzowej macicy. Jeżeli więc tuż w podśluzowych warstwach złożony jest ów zarodkowy zawiązek do proliferacyi, to związek ten zużywa, że tak powiem, całą swoję energię podczas rozwoju w ciąży a więc póki ciąża powtarza się często, nie znajduje pobudki do samoistnego wybujania w formie włókniaka aż dopiero po ustaniu miesiączki. Inaczej ma się rzecz, jeżeli zawiązek znajduje się w głębi mięśnia macicy lub pod błoną surowiczą. Nie tak żywa przemiana materyi i wzrost tych warstw macicy podczas ciąży nie dorównywają energii danego zawiązka, który też dlatego wcześnie już buja samoistnie.

Czy takiemu tłómaczeniu mojemu wyników statystyki zechce kto dać wiarę lub nie, o to już nie będę się spierał; podałem tylko kilka tych myśli w tym celu, aby wykazać, że nie tylko żadna z dat statystycznych Dra A. Rosnera nie świadczy przeciwko teoryi Cohnheima, ale że przeciwnie teorya ta jest w stanie nawet objaśnić, dlaczego statystyka takie a nie inne daje cyfry.

III. Kiła dziedziczna i wrodzona.

Skreślił

Dr. Karol Szadek w Kijowie.

II.

Etyologia i patogeneza kiły dziedzicznej i wrodzonej.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

D i d a y, który już dawniej wystąpił jako zwolennik teoryi *choc en retour*, w r. 1877 w pracy zatytułowanej przez

siebie *Syphilis par conception* [1]) ponownie dowodził możliwości wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu; dla udowodnienia swego przypuszczenia obok dawniejszych teoretycznych argumentów przytacza Diday cały szereg przypadków, które zdaniem jego przemawiają na korzyść wstecznego zarażenia się matki od płodu kiłą.

Fürth (l. c.), nie przytaczając żadnych w tej mierze spostrzeżeń, wypowiedział podobneż zdanie. Według Fourniera [2]) matka często zaraża się od płodu przez łożysko; jakkolwiek objawy kiły u matki zwykły występować już w ciąży, jednak wydarzają się przypadki, w których kiła u takich matek występuje dopiero po kilku latach.

W ciągu 1876—1883 lat ogłoszono kilkanaście przypadków zarażenia się matki kiłą od płodu (Masson [3]), Frank [4]), Fournier [5]), Apolant [6]), Lutaud [7]), Zeissl [8]), Engel [9]), Forster [10])).

Pozostawiając na później rozpatrzenie się w przywiedzionych tylko co przypadkach, streścimy tu zapatrywania się Zeissla, Engla i innych nowszych autorów na teoryę *choc en retour*.

Poglądów Zeissla nie można uważać za stanowcze. W r. 1875 oświadczył się on był za teoryą Hutchinsona, w r. 1880 zaś, zdaje się, że podziela zdanie Baerensprunga, który utrzymywał, iż matka zapłodniona przez kiłowego męża, zaraża się kiłą od niego za pośrednictwem nasienia kiłowego [11]); w ostatniem wydaniu swego podręcznika Zeissl znów się waha pomiędzy teoryami Hutchinsona i Baerensprunga. Oświadczywszy się w początku za teoryą wstecznego zarażenia się matki od płodu, dodaje wnet, iż trudno dowieść jej słuszności, niepodobna bowiem ostatecznie rozstrzygnąć pytania, czy w takich przypadkach matka zaraża się od nasienia, czy też od płodu przez łożysko [12]). Engel zaś (l. c.) przypuszcza dwa sposoby zarażenia się kobiety zapłodnionej przez kiłowego męża: za pośrednictwem nasienia od mężczyzny i za pośrednictwem łożyska od płodu; kobiety wtedy mogą w ciągu jakiegoś czasu nie przedstawiać żadnych objawów swoistych, jednak zarażają kiłą(?); na potwierdzenie swych poglądów przytacza Engel dwa przypadki, w których akuszerowie zarazili się kiłą od położnic pozornie zdrowych, lecz rodzących kiłowe dzieci. U niektórych kobiet zarażonych za pośrednictwem nasienia, kiła objawiała się tylko bólami w mięśniach, nerwach i kościach (?).

Za teoryą *choc en retour* oświadczyli się też Delaittre [13]) i Blaise [14]). Delaittre wprawdzie nie zdołał przytoczyć żadnych nowych dowodów i spostrzeżeń, przemawiających na korzyść wstecznego zarażenia się matki kiłą a ograniczył się tylko do powołania się na powagę Hutchinsona i Fourniera; nie przeszkodziło mu to jednak wcale utrzymywać, iż „każda matka, która wydała na świat dziecię kiłowe, musi być zarażona od niego kiłą, jeśli poprzednio nie przebywała kiły, lecz była zdrową“.

Blaise, teoretycznie rozumując i opierając się na przykładach przechodzenia drobnoustrojów wąglika przez łożysko od matki do płodu, przypuszcza wogólności możliwość przenikania drobnoustrojów chorobotwórczych w odwrotnym kierunku od płodu do matki.

Przeciwko znów teoryi łożyskowego zarażenia się matki kiłą, wystąpił w r. 1884 Don Jose Cabot y Rovira [1]), który wprost zaprzeczał, iżby przyrzut kiłowy mógł przenikać przez łożysko od płodu do matki, lub też odwrotnie od matki do płodu; powoływał się on w tej mierze na stósunki anatomiczne i fizyologiczne płodu do matki oraz na własności przyrzutu kiłowego, który według wielu poszukiwań i badań zaliczyć należy do rzędu jadów stałych, uorganizowanych (drobnoustrojów?). Zdaniem Cabota y Roviry, macierzyńska połowa łożyska anatomicznie jest zupełnie osobną od płodowej części łożyska; co się zaś tyczy fizyologicznych stósunków, utrzymuje autor, iż układ naczyniowy płodu nie pozostaje wcale w żadnej bezpośredniej styczności z obiegiem krwi u matki, że płód otrzymuje od matki tylko płynne części pożywienia, żadne zaś uorganizowane i stałe twarde ciała nie mogą przenikać przez łożysko, drobnoustroje też nie mogą przekroczyć warstwy przybłonkowej łożyska. W ostatnich czasach przeciwko teoryi *choc en retour* oświadczyli się nadto Buhe [2]), Di-Pasquale [3]) i Dohrn [4]); twierdzą oni, iż zdrowe łożysko nie przepuszcza wcale przyrzutu kiłowego, który wtedy tylko może przejść do obiegu krwi u matki, jeśli w łożysku powstaną zmiany chorobowe lub uszkodzenia zmieniające stósunki anatomiczne i fizyologiczne wymienionego organu.

Z kolei wypada nam teraz zastanowić się nad przypadkami, przytoczonymi przez rozmaitych autorów dla udowodnienia teoryi *choc en retour*.

Pomijamy tu przypadki Troncina, Semanasa, Balfoura i Didaya, o których już mówiliśmy.

Z 50 spostrzeżeń Hutchinsona żadne nie jest przekonywającem, gdyż prawie we wszystkich brakuje dokładnych wiadomości o poprzednim stanie zdrowia rodziców, nadto zaś w wielu przypadkach kiła matki nie występowała wcale widocznie. Najsłuszniejszem wydaje się nam zdanie Lindwurma o przypadkach Hutchinsona, skreślone w następnych słowach: *eine derartige Beweisführung muss doch geradezu als eine willkürliche bezeichnet werden* (*Constatt's Jahresber.* 1855. IV. str. 840).

Przypadki Maigrita i Beyrana należy również zaliczyć do rzędu wątpliwych; w pierwszym matka, będąc zapłodnioną przez męża kiłowego, już w drugim miesiącu ciąży przedstawiała rozwinięte ogólne objawy zarażenia, płodu zaś wcale nie zbadano. W przypadku Beyrana brak wszelkich wiadomości o poprzednim stanie zdrowia matki nie pozwala nam orzec nic stanowczego o pochodzeniu u niej kiły.

[1]) Annales de dermatologie 1877. VIII. 4.
[2]) Medical chronicle. 1889. August.
[3]) Medical Record. N. York. 1876. 25 November.
[4]) Wiener medizinische Presse. 1880. 38. str. 1207.
[5]) l. c. str. 247—249.
[6]) Berliner klin. Woch. 1881. 6. str. 81.
[7]) France médicale. 1882. I. 6. str. 63—66.
[8]) Lehrbuch d. Syphilis. IV. aufl. 1882. str. 631—682.
[9]) American Jornal of Obstetres. 1882. XV. str. 961—972.
[10]) Lancet. 1883. II. str. 233.
[11]) Wiener medic. Woch. 1880. 4. 5.
[12]) Lehrb. d. Syphilis. V. aufl. Stuttgart. 1888. str. 661. 663.
[13]) Etude sur l'histoire, l'etiologie et la pathogenie de la syph. héréditaire. Thése. Paris 1883. str. 42—43.
[14]) de l'hérédité syphilitique. 1883. str. 60—66.

[1]) Revista de ciencias medicas de Barcelona. 1884. 16. 17. 20. 21.
[2]) Zur Lehre der hereditären Lues. Inaug. — dissert. Berlin. 1889.
[3]) Monatsch. f. prakt. Dermatologie 1892. XV. 2. str. 91.
[4]) Giorn. ital. d. malattie veneree e della pelle 1890. 2. s. 145. i następne.

W przypadku van Burena pewna kobieta spłodziwszy z kiłowym mężczyzną dwoje dzieci, z których pierwsze było zdrowem, drugie zaś cierpiało na porażenie dolnych kończyn i wkrótce zmarło, poczęła chorować na rozmaite podejrzane objawy; mianowicie powstało u niej na języku owrzodzenie, na wardze zaś sromnej większej guz wielkości orzecha włoskiego. Trzecie jej dziecko, które w tym czasie przyszło na świat, okazywało wyraźne objawy kiły dziedzicznej; czwarte dziecię urodziło się zdrowe. Przypadek przytoczony wydaje się nieco wątpliwym w obec braku dokładnych wiadomości o poprzednim stanie zdrowia matki; nadto zaś pierwszych dwoje dzieci nie miało kiły a więc matka musiała zarazić się nie od nich, lecz zapewne od męża, co nastąpiło zapewne jednocześnie z drugiem zajściem w ciążę lub też wkrótce potem.

W przypadkach Fraenkla brakuje wcale wiadomości anamnestycznych; przebieg choroby też bardzo niedokładnie opisano (II, VII i X przypadki).

W przypadkach opisanych przez Bryanta łatwo przypisać ojcu zarażenie matki kiłą. W przypadku Dieulafoya matkę zbadano dopiero wtedy, gdy już wystąpiły ogólne objawy; o poprzednim stanie jej zdrowia niema dokładnych wiadomości a więc nie można z pewnością wyłączyć zarażenia się matki od ojca. Też same zarzuty podnieść wypada z powodu przypadków Lancereauxa i Tarnowskiego.

Przypadki Masona wypada także zaliczyć do rzędu wątpliwych, gdyż dla niedokładnych wywiadów można było przypuścić przeoczenie u matki pierwotnej zmiany; w jednym zaś przypadku przeciwko zarażeniu się matki od płodu przemawiała nadto ta okoliczność, iż u matki odrazu podczas ciąży wystąpiły późne objawy, co wskazuje na dawniejsze pochodzenie kiły.

Niewięcej też przekonywające są przypadki, opisane przez Hutchinsona w 1876. r.; w żadnym z nich nie można wyłączyć zarażenia się matki od ojca, na stan zdrowia matek zwrócono uwagę dopiero w chwili wystąpienia ogólnych objawów kiłowych, o poprzednim stanie zdrowia matek niema żadnej wzmianki.

Żaden z 24 przypadków ogłoszonych w r. 1877. przez Didaya, nie może też udowodnić teoryi wstecznego zarażenia się matki kiłą od płodu, ponieważ anamneza we wszystkich spostrzeżeniach prawie wyłącznie opiera się na opowiadaniach chorych, poprzedniego zaś stanu zdrowia matek w wielu przypadkach wcale nie znano. W żadnym z wymienionych przypadków Didaya nie znajdujemy przekonywających dowodów na to, iż zakażenie kiłowe matki nastąpiło po zapłodnieniu, nie zaś przedtem; w niektórych przypadkach powstaje nawet wątpliwość co do kiły, w innych zaś o stanie zdrowia płodu nic nie wiadomo (IV i X przyp.). W jednym przypadku (III) powiedziano najwyraźniej, iż płód nie przedstawiał żadnych zmian kiłowych.

Podobne zarzuty można podnieść przeciwko przypadkom Fourniera[1]), które są zresztą bardzo niedokładnie i krótko opisane; autor odrzuca możliwość istnienia pierwotnej zmiany u matek jedynie na mocy badania już po wystąpieniu ogólnych objawów kiły; w jednym znów przypadku (XVII) płód nie wykazywał żadnych zmian swoistych.

Przypadek Apolanta tyczył się pewnej kobiety, która z mężem niekiłowym spłodziła dziecię zakażone kiłą dziedziczną; nie znaleziono u niej żadnych oznak kiły, autor wnosi więc ztąd, że kiła dziecka pochodziła od pierwszego męża matki, ten zaś przebywał przed ożenieniem się kiłę i musiał zarazić swą żonę za pośrednictwem płodu, którego był ojcem (?). W przypadku Lutanda pochodzenie łożyskowe kiły matki wypada także podać w wątpliwość, albowiem matka z łatwością mogła nabyć kiły przy spółkowaniu od męża, który dopiero od 2 lat był zarażonym; pierwotny objaw u matki mógł przejść niepostrzeżenie.

Przypadki, przytoczone w podręczniku Zeissla, nie mogą też służyć jako niezbite dowody teoryi wstecznego zarażenia się matki od płodu, gdyż pierwotna zmiana mogła usadawiać się w głębi macicy a więc pozostała niedostrzeżoną, czemu wcale nie zapobiegało prawie codzienne opatrywanie chorych. W jednym z przypadków wzmiankowanych po urodzeniu kiłowego dziecka zauważyła u siebie matka w połowie drugiej ciąży wypadanie włosów i łuszczycę na dłoniach; w drugim znów przypadku osutka kiłowa wystąpiła w ciąży u pewnej matki, która przedtem urodziła dziecię kiłowe.

Trzy przypadki Engla tyczyły się matek, które wydawszy na świat dzieci kiłowe, dostały uporczywych bólów w mięśniach, nerwach i kościach. Pomijając tu już wątpliwość istnienia kiły u matek, mogłyby one zresztą zarazić się nie od płodu, lecz bezpośrednio od swych mężów. Przypadku Forstera nie można także zaliczyć do rzędu przekonywających z tego powodu, iż brakowało danych, które pozwalałyby wykluczyć możliwość istnienia zmiany pierwotnej; nadto zaś wobec niedokładnych wiadomości o stanie zdrowia płodów nie możemy z pewnością twierdzić o tem, iż miały one kiłę.

W opisanym przez Tymowskiego[1]) przypadku u pewnej damy, której mąż przed dwoma laty przebywał kiłę, pod koniec ciąży pojawiły się podejrzane wyrzuty na czole i piersiach, następnie obrzękły gruczoły limfatyczne szyjne i wystąpił nieżyt przewlekły przełyku i krtani a nadto dostrzeżono zapalenie okostnej na lewej goleni. Po swoistem leczeniu ustąpiły wymienione objawy; pomimo to dziecię, które przyszło wkrótce na świat, urodziło się nieżywem. Wobec braku dokładnych wiadomości o poprzednim stanie zdrowia chorej nie można twierdzić tu o łożyskowem zarażeniu się matki kiłą od płodu.

Przypadek Molfesego[2]) tyczył się pewnej przedtem zdrowej matki, która spłodziwszy z kiłowym mężem jedno zdrowe dziecię, poroniła następnie dwa razy, poczem zapadła na rozmaite objawy chéry; obok tego pojawiły się u niej bóle gośćcowe i obrzęk gruczołów limfatycznych. Po poddaniu matki i ojca leczeniu przeciwkiłowemu urodziło się zdrowe dziecię. W wymienionym przypadku kiła matki była dość wątpliwą, twierdzić więc nie można z pewnością, iż płód kiłowy zaraził matkę; z drugiej znów strony, jeśliby nawet przypuścić, iż objawy u matki były kiłowymi, nie

[1]) l. c. Obs. (str. 147), Obs. XVII. (str. 248—249), Obs. XVIII. (str. 249.).

[1]) Wiadomości lekarskie. 1887. 6. str. 163—165.
[2] Il Progresso medico. 1892.

możemy wyłączyć możliwości bezpośredniego zarażenia matki przez męża.

We wszystkich przytoczonych spostrzeżeniach zwracają autorowie uwagę na brak u matek objawu pierwotnego kiłowego, nigdzie bowiem nie można było wykryć śladu pierwotnego stwardnienia, względnie owrzodzenia, oraz brakowało często obrzęku gruczołów limfatycznych; opierając się więc na braku objawów pierwotnych, a także biorąc pod uwagę wystąpienie u matki ogólnych objawów kiłowych w ciąży lub też wkrótce po urodzeniu dziecka kiłowego, zwolennicy teoryi *choc en retour* utrzymują, że w spostrzeganych przypadkach matki nie zaraziły się wprost od mężów, lecz nabyły choroby od kiłowego płodu za pośrednictwem obiegu krwi w łożysku. Przeciwko zarażeniu się matek zwykłą drogą przemawiała napozór jeszcze i ta okoliczność, iż objawy zarażenia występowały u matek dopiero po zajściu w ciążę. (Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Kilka uwag o napojach wyskokowych, w szczególności o piwie pod względem higienicznym.

Napisał

Dr. Stanisław Ponikło.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

Im więcej wyskoku w danym napoju, tem energiczniej napój ten działa na ustrój. Wyskoku zawierają wódki i likiery od 30—50%, koniak do 60 i 70%, rum 77%, wina od 8—18% — z nich austryackie 8—10%, węgierskie od 8—12%, francuskie i reńskie 9—11·5%, hiszpańskie od 11—18%, szampańskie średnio 10%; piwo nareszcie zawiera wyskoku od 3—4%, cięższe piwa do 5%, porter do 6%. Ztąd *caeteris paribus* równa ilość alkoholu w piwie użyta obojętniejszą będzie dla ustroju, niż w formie wina; równa ilość w formie wina słabiej będzie działać, niż w formie wódki, koniaku, likieru. Rzecz przeto jasna, że przypuszczając zupełną czystość i prawidłowy skład chemiczny, najszkodliwszym napojem jest wódka, najmniej szkodliwym piwo.

Co do wódek jednak, wyskok w ich skład wchodzący wyjąwszy szlachetne i drogie gatunki koniaku, tudzież wódki i likiery ze zboża pędzone (n. p. żytniówka), jeżeli były dokładnie i starannie oczyszczone przez kilkakrotną destylacyę, prawie nigdy nie jest czysty; zmięszany jest z większą lub mniejszą ilością alkoholu propylowego, butylowego, amylowego, alkoholów wysoko-atomowych o wysokiej ciepłocie wrzenia. Mięszaninę tych alkoholów nazywamy pospolicie niedochodem czyli fuzlem, który nawet przez staranną, kilkakrotną rektyfikacyą nie da się w zupełności oddalić z wyskoku z ziemniaków pędzonego. Fuzel zaś jest ciałem bardzo trującem, już w dawce po 0·015 sprawia wyraźne objawy zatrucia ostrego, jak ból gniotący w czole; w dawce nieco mocniejszej (około 0·5) uczucie trwogi i nudności a używany nawykowo jest środkiem mocno trującym i zabójczym. Stopień szkodliwego działania fuzlu do alkoholu etylowego ma się, jak 15 do 1.

Z pomiędzy rozmaitych wódek ze względów higienicznych na pierwszem miejscu należy postawić prawdziwy, z wina pędzony koniak (który prawie zupełnie fuzlu nie zawiera), potem koniak z wytłoczyn winogron, dalej wódki ze zboża (żyta, pszenicy) pędzone a ostatnie, najniepoczestniejsze miejsce zajmują wódki pędzone z ziemniaków, jako w fuzel najobfitsze.

Rozliczne ciężkie choroby, jak przewlekłe nieżyty żołądka, stłuszczenie mięśnia sercowego, marskość wątroby, choroba Brighta, miażdżyca tętnic z jej różnorodnemi następstwami, padaczka, zaduma, paranoja, obłęd opilczy, zniedołężnienie umysłowe, niedomoga nerwowa (neurastenia) w wielorakiej postaci i t. d. nadzwyczaj często zawdzięczają swój rozwój nadużywaniu alkoholu w skoncentrowanej postaci wódek, daleko rzadziej alkoholowi w postaci wina a względnie rzadko piwa — n. p. powstanie marskości wątroby skutkiem nawykowego używania piwa wydarza się nader rzadko. — Chcąc równą ilość alkoholu, jaka mieści się w 50 gramach wódki średniego zgęszczenia (w kieliszku mierzącym 2 łyżki stołowe) wypić w postaci wina węgierskiego lepszego, trzeba wypić 250 gramów wina t. j. blisko połowę zwykłej butelki; chcąc tej samej ilości użyć w postaci piwa, n. p. pilzneńskiego, trzeba go wypić 850 grm., t. j. znacznie więcej więcej niż $^3/_4$ litra.

Wódki i wino nadto są wyłącznie środkami podniecającymi; piwo jest również środkiem podniecającym lubo znacznie słabszym, lecz zarazem środkiem odżywczym i pobudzającym akcyę trawienia.

Łatwo przeto zrozumieć, że równa ilość alkoholu zawarta w piwie obok pokaźnej ilości maltozy i ciał proteinowych, istót *par excellence* odżywczych, pomijając znaczniejsze rozcieńczenie alkoholu, musi mniej energicznie, zatem mniej szkodliwie działać na ustrój; wogóle bowiem napoje wyskokowe używane podczas jedzenia, mniej podniecają, trudniej upajają i znacznie słabiej ukazują swoiste zgubne działanie na tkaniny ustroju. Najzgubniejszem jest ich używanie naczczo, gdy żołądek jest próżny i gdy w pełnem zgęszczeniu mogą być wessane wprost do krwi. Najmniej względnie szkodliwem będzie picie napojów wyskokowych przy sposobności spożywania zwykłych pokarmów ciepłych, zwłaszcza tych, do których jesteśmy przyzwyczajeni: odpowiedniejszą jest szklanka wina lub piwa podczas prawidłowego obiadu lub wieczerzy, niż przy tak zwanych śniadaniach, złożonych z pokarmów zimnych, trudniej strawnych a mocno drażniących błonę śluzową żołądka. Nawiasowo wspomnę, że dziwna doprawdy, że ustawodawstwo podatkowe lokale do śniadań, które poniekąd stały się właściwością naszych miast a szczególniej Krakowa, łagodniej traktuje niż hotele, restauracye i gospody, gdzie podają świeże, ciepłe, bardzo odżywiające i według zasad sztuki kulinarnej przygotowane pokarmy a przytem dodatkowo tylko napoje wyskokowe. Sądziłbym, że odpowiadałoby więcej zasadom higieny postąpić odwrotnie; lokale do śniadań są zresztą zbytkiem a restauracye są niezbędne.

Obecnie zastanowimy się nieco bliżej nad stroną higieniczną napoju wyskokowego, najuboższego w wyskok a zarazem odżywczego, jakim jest piwo.

Piwo jest wytworem fermentacyi wyskokowej słodu, uzyskanego z kiełkującego jęczmienia. W fabrykacyi piwa rozróżniamy 4 okresy, mianowicie: 1) przygotowanie słodu, 2) uzyskanie brzeczki (wyciągu wodnego słodu), 3) właściwą fermentacyę brzeczki i 4) czynność odnosząca się do przechowania i pielęgnowania piwa.

1) Celem otrzymania słodu moczy się jęczmień w wodzie, przez co wciąga on w siebie około 50% wody, zarazem oczyszcza się go z pyłu i innych zanieczyszczeń, poczem rozmiękczony wyrzuca się na rostnik, gdzie następuje w ciepłocie aż do 40° C. kiełkowanie jęczmienia dopóty, dopóki kiełki nie dosięgną około $^3/_4$ długości ziarna. Jęczmień w ten sposób wyrosły, suszy się przez czas krótszy lub dłuższy, według tego, jaki rodzaj piwa zamierzamy uzyskać, przyczem kiełki obumierają i w młynkach na ten cel przeznaczonych oddzielają się od przeistoczonego jęczmienia czyli słodu. Kiełki stanowią dobrą paszę dla bydła i jako takie sprzedają się. Nakoniec słód tłucze się w osobnych przyrządach na drobne kawałeczki, lecz nie miele.

Powyższe postępowanie sprawia, iż skrobia jęczmienia wodą rozmiękczonego skutkiem działania wytworzonej podczas kiełkowania dyastazy zamienia się na cukier zdolny do

fermentacyi wyskokowej, mianowicie na maltozę i dekstrynę.

2) Drugi okres fabrykacyi ma na celu uzyskanie brzeczki. Brzeczka jest wodnym wyciągiem słodu i zawiera cukier słodowy (maltozę), dekstrynę, istoty białkowate (proteinowe) i sole. Stałe składniki brzeczki w wodzie rozpuszczone, razem wzięte zowiemy wyciągiem brzeczki. Odsetkową ilość wyciągu w brzeczce mierzy się sacharometrem (Ballinga). Brzeczka otrzymywana do fabrykacyi piw czeskich zawiera od 11—14% wyciągu, brzeczka zaś na piwa mocne, np angielskie i portery zawiera go od 20, 25—30%. W ogóle im brzeczka jest więcej zgęszczona, tem silniejsze, obfitsze w alkohol i składniki stałe może wydać piwo.

Skład chemiczny brzeczki 10-stopniowej, zatem 10% wyciągu zawierającej będzie mniej więcej następujący:

W 100 częściach:	
wyciągu . . .	9·398
W nim:	
cukru (maltozy) .	4·417
dekstryny . . .	3·372
istot proteinowych	0·626
popiołu	0·174
innych składników	0·730

Brzeczkę otrzymuje się przez mięszanie a następnie gotowanie słodu tłuczonego z wodą w osobno na ten cel urządzonych, metalowych kotłach zacierowych, skutkiem czego woda rozpuszcza w sobie (wyciąga ze słodu) maltozę i inne składniki stałe rozpuszczalne; podczas gotowania strąca się nadto część istot białkowatych. W odstojnikach opatrzonych rodzajem sit oddziela się brzeczkę od młóta, które jako paszę sprzedaje się dla bydła. Skład chemiczny młóta jest mniej więcej następujący:

wody	77·65
istot białkowatych	4·62
tłuszczu	1·53
istot bezazotowych	10·28
włókna drzewnego	4·77
popiołu	1·15
Razem .	100·00

Brzeczkę następnie gotuje się z chmielem, którego dodaje się średnio na jeden hektolitr brzeczki 10-stopniowej od 0·30 do 0·45 kilogr. Chmiel za pośrednictwem zawartego w nim garbnika wydziela pewną ilość istot białkowatych brzeczki i w ten sposób czyni ją przejrzystą; nadto dodaje jej cennych swych składników, przedewszystkiem goryczki chmielowej (lupuliny), żywicy i olejków aromatycznych; od tych to składników zależy w znacznej części smak i cechująca woń piwa. Zbyteczna wyjaśniać, że od gatunku jęczmienia i słodu do fabrykacyi użytego, nadto od wody (w zasadzie każda woda chemicznie i bakteryologicznie do picia odpowiednia, jest także dobrą do fabrykacyi piwa), zależy jakość i wartość brzeczki a od brzeczki piwo. Następnie rurami spuszcza się brzeczkę na chłodniki (metalowe, zwykle żelazne, wielkie a płytkie panwie), umieszczone w ubikacyi przewiewnej, celem oziębienia jej do ciepłoty stósownej dla fermentacyi. Rychłe ochłodzenie brzeczki jest konieczne, aby drobnoustrojom w powietrzu zawartym nie dać sposobności w korzystnej dla ich rozwoju ciepłocie zagnieździć się w znaczniejszej ilości w brzeczce i wywołać niekorzystne dla piwa kiśnienie, kwas mlekowy wytwarzające.

3) Dalszym okresem fabrykacyi jest właściwa fermentacya. Ta odbywa się w piwnicach, najlepiej sklepionych, wybrukowanych kamieniem lub betonem, w skrupulatnej czystości utrzymywanych, w kadziach fermentacyjnych (w niektórych wzorowych browarach używają kadzi z grubych płyt szklanych). W tym celu dodaje się do brzeczki pewną ilość drożdży, (na hektolitr średnio 0·5 kilogr. drożdży). Drożdże *(saccharomyces cerevisiae, saccharomyces Pastorianus)*, są czynnikiem wywołującym fermentacyę, której następstwem jest rozkład przeważnej ilości maltozy, w brzeczce zawartej na alkohol i kwas węglowy, nadto część istot białkowatych wydziela się i opada jako osad. Rzecz jasna, że skutkiem sprawy fermentacyjnej wobec zamiany maltozy na alkohol i kwas węglowy, zmniejsza się ciężar gatunkowy brzeczki. Fermentacya trwa 7—14 dni, krócej, jeżeli się zamierza otrzymać lekkie piwa, do bezzwłocznego użytku, dłużej, celem uzyskania piw cięższych, tak zwanych leżaków i marcowych. Odbywać się winna w ciepłocie od 5—6° R.

(Ciąg dalszy nastąpi).

Choroby zakaźne.

Błonica i jej leczenie.

Skreślił

Dr. Jan Landau,

obecnie przy szpitalu św. Anny we Wiedniu.

Badania Pasteura i Boucharda w ubiegłem dziesięcioleciu pobudziły i innych do zastanowienia się nad produktami mikroorganizmów pod względem chemicznym i pod względem stósunku tych mikroorganizmów do zbioru objawów przedstawiających odporność *(immunitas)*. Odporność ta polega na tem, że w surowicy krwi krażą rozpuszczone t. zw. antytoksyny i one to właśnie czynią organizm odpornym. (Antytoksyny są to istoty niedające się bliżej określić a zawarte w surowicy krwi zwierząt uczynionych odpornemi przeciw jadowi wytwarzanemu przez prątki; tyle tylko o nich wiemy, że rozpuszczają się w wodzie i że jad błoniczy robią nieszkodliwym. Są one więc środkiem swoistym, działają bowiem swoiście na toksyny a zazwyczaj także na żyjące bakterye. Behring też w zakończeniu swej rozprawy wyraża nadzieję, że kiedyś uda się otrzymać antytoksyny sposobem syntetycznym).

Na międzynarodowym zjeździe higieniczno-demograficznym w r. 1891 komisye państw otrzymały do załatwienia sprawę błonicy i jej leczenia z żądaniem złożenia zdania sprawy na jednym z najbliższych zjazdów. Sprawozdania te, odczytane na kongresie w Peszcie w Sierpniu r. b. odbytym, przekroczyły oczekiwania świata lekarskiego. W najważniejszych szczegółach sprawozdawcy zgadzają się ze sobą; w niektórych jednak referatach mimochodem potrącono o okoliczność, która, według dotychczasowych przynajmniej badań, przeznaczona jest do odgrywania pierwszej roli w terapii nietylko przeciw błonicy, lecz i przeciw innym sprawom chorobowym, wobec których dotychczas byliśmy bezsilni. Na okoliczność tę niezmiernej doniosłości zwracają równocześnie uwagę dwie komisye: niemiecka pod przewodnictwem Löfflera i francuska z Rouxem, uczniem Pasteura na czele. Między punktami referatu, punkt 15 referatu niemieckiego zwraca pierwszy raz uwagę lekarzy na badania tyczące się leczenia błonicy zapomocą właściwej surowicy leczniczej. I jak nie zwrócić uwagi na leczenie antytoksynami, mające zalety rzadkie pomiędzy środkami terapeutycznymi: 1) środka ugruntowanego na podstawie naukowej, 2) swoiście działającego przeciw najcięższym chorobom i wobec którego maksymę lekarzy *primum non nocere* w zupełności można zatrzymać. Mówiąc o szkodliwości, nie od rzeczy będzie kilku słowami dotknąć się kwestyi tej, która na podstawie badań naukowych stanowczo może być zaprzeczoną. Szkodliwym środek ten nie jest! Heubner też wymieniając zalety środka tego *(Deutsche medizin. Wochschft* 1894. Nr. 36.) podaje, że 1) daje się odmierzyć, 2) że jest nieszkodliwy a na poparcie przytacza, że dzieciom 1—2 letnim, nędznie odżywionym, wstrzykiwano surowicę a żadnej nie poniosły szkody. Mimowoli nasuwa się na myśl przestroga Henocha, który po gruntownem roztrząśnieniu dotychczasowego leczenia płukaniami, pomazywaniem i przestrzykiwaniem wodą wapienną, chloranem potasowym, kwasem borowym, papajotyną, nadmanganezanem potasowym i t. d. wykazuje bezzasadność używania tych środków, gdyż swoiście nie działają a wypłukują tylko roz-

kładające się części. Przedstawia następnie szkodliwości miejscowego działania sublimatu, kwasu karbolowego, podskórnego wstrzykiwania pilokarpiny, która wywołuje zapad w organizmie, już i tak sprawą błoniczą osłabionym. Nie mając więc środka do zwalczenia zjadliwej tej choroby, nie bierze za złe lekarzom i bakteryologom, jeśli z gorączkowym pośpiechem szukają środka swoistego; żąda jednak, aby go polecano po należytem zastanowieniu się krytycznem nad przebiegiem choroby, przestrzega zaś przed użyciem, zanimby się przekonano, że jest nieszkodliwy. Zasadnicze więc żądanie dawnych lekarzy, o ile polegać można na dotychczasowych badaniach, spełniłoby się całkowicie, gdyż jakkolwiekbyśmy się sceptycznie zapatrywali na stan obecny leczenia błonicy nowym środkiem, to nie ulega wątpliwości, że dotychczas szkodliwego wpływu żaden z badaczy nie obserwował.

Głównym celem niniejszego zdania sprawy jest zaznajomienie czytelnika z leczeniem obecnem zapomocą surowicy, ze sposobem jej otrzymywania, przedstawienie pokrótce statystycznie wyników dotychczas otrzymanych a wreszcie roztrząśnienie sprawy szczepienia ochronnego.

Rozpoczniemy od opisu otrzymywania surowicy sposobem Rouxa. Roux rozpoczął badania swe w r. 1891. wspólnie z Martinem i Chaillonem. Toksyny, potrzebne do wstrzykiwania koniom, otrzymuje w ten sposób, że do miseczek wlewa alkaliczny bulion, zmięszany z 2% peptonem; po wyjałowieniu zaszczepia na bulion świeże hodowle bakteryj błoniczych i umieszcza naczynie w temperaturze 37°. Gdy się rozpoczyna rozwój kolonii, wprowadza do naczyń powietrze. Najpóźniej po upływie trzech tygodni wytwarza się w hodowlach taka ilość toksyn, iż można ich użyć do immunizowania koni. Hodowle przesącza się przez filtr Chamberlanda a otrzymany płyn jasny przechowuje się w zwykłej temperaturze w naczyniach zamkniętych, ukrytych przed słońcem. Toksyny tak otrzymane, wstrzyknięte w ilości 0·1 cm³, zabijają morską świnkę ciężaru 500 gr. w przeciągu 48—60 godzin. Roux początkowo wstrzykuje z toksyn tych koniom 1 cm.³ z dodatkiem jodu, gdyż w ten sposób płyn ten staje się mniej niebezpieczny i konie lepiej go znoszą. Przy następnych wstrzykiwaniach wstrzykuje więcej toksyn z dodatkiem mniejszej ilości jodu tak, iż po upływie miesiąca wstrzykuje dwa razy tygodniowo po 20—30 cm.³ toksyn. Konie znoszą wstrzykiwania bardzo dobrze i z wyjątkiem nieznacznego ropienia i krótkotrwałej gorączki okazują stan prawidłowy. (Behring twierdzi wprawdzie, że zwierzę wydaje antytoksynę tem mocniej działającą, im mocniej oddziaływa na wstrzyknięcie, koni więc nie powinnoby się używać za *medium;* Roux wszakże używa koni, gdyż przy badaniach nad tężcem przekonał się, że ludzie dobrze znoszą surowicę krwi koni). Otrzymaną surowicę wstrzykiwał Roux świnkom morskim, albowiem u nich łatwo na błonie śluzowej sromu wywołać można błony dyfterytyczne. Gdy wstrzykiwał surowicę w przeciągu 12 lub 24 godzin po rozwinięciu się błon, następowało wyleczenie, surowica bowiem działa na sprawę miejscową i wstrzymuje wystąpienie intoksykacyi ogólnej. Trudniej wyleczyć, jeśli są równocześnie prątki błonicze i streptokoki, czyli tak zwane zakażenie mięszane. Jeśli mamy uzyskać pożądany skutek, musimy leczenie rozpocząć w przeciągu pierwszych 12—24 godzin.

(Dokończenie nastąpi).

Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem błonicy stósowaną surowicą.

W listopadowym zeszycie *Revue mensuelle des maladies de l'enfance* z r. b. znajduje się wiadomość w dziale od Redakcyi, mająca wielką wagę w leczeniu surowicą. Antytoksyna wytwarzać ma w ustroju nietolerancyę trucizn chemicznych, zwłaszcza przetworów przeciwgnilnych, stósowanych w dawkach leczniczych, chociażby najłagodniejszych. Pięcioprocentowy rozczyn karbolu, w którym zmaczano *tubus*, już w drugim dniu wywołał zatrucie karbolowe; pomazywanie gardła rozczynem sublimatu w glicerynie w dawce najłagodniejszej wywołało rtęcicę, rzecz do tej pory zupełnie nie spostrzeganą w podobnych okolicznościach.

Pozostawiając na uboczu wyjaśnienie tego objawu, podajemy powyższe spostrzeżenie do ogólnej wiadomości a to tak w celu uniknięcia przyszłych niespodzianek w leczeniu surowicą, jak i dla stwierdzenia ważnego objawu leczniczego i biologicznego. *Dr. A. Kwaśnicki.*

Fizyologia.

K. Basch: **Centralna innerwacya mechanizmu ssania.**

Mechanizm ssania u noworodków jest stósunkowo do innych ruchów nader skomplikowany, albowiem, jak to autor obserwował za pomocą zwierciadeł, wykonywają go mięśnie języka warg, grupa mięśni między mostkiem a językiem i mięśnie dolnej szczęki, służące do pokonania oporu mięśni sutki matki. Ruch ssący jest ruchem odruchowym, gdyż na zwierzętach wymóżdżonych i na płodach ludzkich z nierozwiniętym mózgiem ruchów tych wywołać nie można. Z nerwów ruchowych bierze udział w tej czynności nerw twarzowy, podjęzykowy i część ruchowa nerwu troistego, z czuciowych gałązka czuciowa tegoż nerwu, stanowiąca pobudkę do odruchu. Ośrodek osobny zawiadujący tym ruchem znajduje się w rdzeniu przedłużonym i składa się z dwóch symetrycznych, synergicznie działających, po wewnętrznej stronie ciałka powrózkowatego znajdujących się pasem nerwowych, obejmujących jądra nerwów twarzowego, troistego i podjęzykowego. Zniszczenie ośrodka a więc zniszczenie substancyi między jądrem czuciowem a ruchowem nerwu troistego wywołuje brak odruchów po stronie operowanej a przez to ustanie aktu ssania. *(Wiener Medicin. Wochenschrift)* Nr. 17. 1894.
Dr. Komorowski.

Zapiski terapeutyczne.

— Lewin (w Brukselli): Wdychanie octu przeciw wymiotom po narkozie chloroformowej zaleca autor na podstawie własnych doświadczeń w ten sposób, że pokrywa twarz kompresem napojonym octem tak, że powietrze wszelkie, które wciąga chory w siebie za każdym wdechem, napawa się parami octu. Autor przekonał się, że pod wpływem tych wdychań tętno staje się pełniejszem, ruchy oddechowe głębszemi, twarz nabiera kolorów, ustępuje uczucie ogólnego osłabienia i wymioty nie pojawiają się lub ustępują, jeżeli pojawiły się już podczas chloroformowania. Nieraz po zdjęciu kompresu napojonego octem ukazują się nudności, znikające znów po jego założeniu.

Taki kompres napojony octem, zwilżany w miarę jak wysycha, należy trzymać na twarzy przynajmniej przez trzy godziny po ustaniu narkozy.

Autor jest zdania, że pomyślne działanie przeciw wymiotom po narkozie chloroformowej pochodzi częścią z podniecającego działania octu na drogi oddechowe a częścią z wchodzenia octu w związek chemiczny z chlorem, powstałym z rozkładu chloroformu a drażniącym tchawicę, krtań i połyk i w ten sposób wywołującym wymioty. *(La semaine médicale* 31. Października 1894).

— A. Blaschko: O wstrzykiwaniu sublimatu do żył w kile *(syphilis).* Autor idąc za zaleceniem Baccellego próbował wstrzykiwać w kile sublimat do żył, używając do tego wszakże mocniejszego rozczynu:

136)	Rp.	*Sublimati corrosivi*	*0·30*
		Natrii chlorati	*0·60*
		Aquae destil.	*99·10*

Z tego rozczynu wstrzykiwał strzykawką obejmującą 2 cm.³ płynu, po raz pierwszy $^1/_4$, drugim razem $^1/_2$ a później po całej strzykawce, w niektórych przypadkach nawet po dwie strzykawki dziennie. Przypada więc na wstrzyknięcie od 1·5 do 12, średnio 6 miligramów sublimatu czyli, jeżeli w ciągu całego leczenia wstrzykuje się 30—36 razy,

potrzeba ogółem $1\frac{1}{2}$ do 2 centygramów sublimatu. Jestto ilość rtęci nadzwyczaj mała w porównaniu do tej, jakiej używamy do wstrzykiwań podskórnych lub wśródmięśniowych.

Pod względem technicznym zasługuje na uwagę, iż metoda Baccellego da się zastósować tylko w stałej klinice ze względu na potrzebę obserwowania chorych po wstrzyknięciu i tylko u osób, u których przez podściółkę tłuszczową przeświecają żyły podskórne. Ale i tam nawet, gdzie pierwsze wstrzykiwania nie ulegały żadnym trundnościom [1]), zdarza się bardzo często, iż żyły z pod skóry znikają, co pochodzi z utworzenia się zaskrzepu w żyle i zwróceniu się krwi do żył głębszych, już niewidocznych. Wstrzykiwanie w żyły kończyn dolnych również tym samym ulega trudnościom.

Do wstrzykiwań potrzeba koniecznie igieł krótkich, bardzo cienkich i nadzwyczaj ostrych a ponieważ sublimat je nadżera i przez to stępia, przeto po każdem wstrzyknięciu należy je wyczyścić i przestrzykać wyskokiem bezwodnym, przechowywać w wazelinie a ostrzyć bardzo często. Wbijając igłę, trzeba przebić skośnie naraz skórę i żyłę, wstrzykiwać powoli a po wyjęciu igły puścić na otworek nieco kolodyonu z jodoformem. Rozumie się zresztą samo przez się, że cała manipulacya musi odbywać się z zachowaniem wszelkich ostrożności aseptycznych.

Do oderwania się zaskrzepów a ztąd zatorów nigdy nie przyszło w doświadczeniach autora.

Jak można było z góry spodziewać się po dawkach tak małych, nie było po wstrzykiwaniu sublimatu w żyły nigdy żadnych przypadków zatrucia rtęcią, do czego przyczynia się zapewne i to, że rychło wydziela się rtęć znów z ustroju. Jakoż już w godzinę po wstrzyknięciu była zawsze rtęć w moczu, wydzielała się nim najwięcej w 3 do 6 godzin tak, iż następnego dnia już nic z niej w moczu nie było. To zmienia się wprawdzie później za dalszemi wstrzykiwaniami: wydzielanie rtęci moczem odbywa się znacznie wolniej, ale po 14 dniach i tak już nie można było wykryć rtęci w moczu.

W tej okoliczności tkwi zasadnicza różnica od innych sposobów leczenia rtęcią, w których pozostają składy z rtęcią, zkąd dopiero pewne jej ilości dostają się ciągle do obiegu krwi. Ztąd znów tworzą się złogi rtęci we wszystkich tkaninach, dopóki rtęć nie opuści ustroju przez nerki, przewód pokarmowy i skórę. Przy wstrzykiwaniu sublimatu do żył zostaje tylko bardzo mało rtęci w ustroju, bo największa jej część wychodzi zeń w najbliższych 24 godzinach; dlatego nie ma mowy o działaniu następowem przez czas dłuższy.

Przypadki leczone przez autora wstrzykiwaniem sublimatu do żył znajdowały się prawie wszystkie we wczesnych okresach choroby. Skutek leczenia był we wszystkich i w czasie stósunkowo krótkim. W jednym tylko przypadku i po 20 wstrzyknięciach nie było prawie żadnej zmiany tak, iż musiano przejść do wstrzykiwań salicylanu rtęciowego. O zmianach kilakowych nie może autor nic powiedzieć z braku spostrzeżeń.

Czy skutek w przypadkach, w których leczenie przeprowadzono zupełnie, jest trwały, nie można jeszcze wiedzieć na pewno; zasługuje wszakże na uwagę okoliczność, że w krótkim czasie zgłosiło się do autora 4 pacyentów z nawrotami choroby.

Ostatecznie oświadcza autor, że za zalety metody terapeutycznej Baccellego uważać trzeba:

1) niebolesność wstrzykiwań, o ile one odbywają się rzeczywiście do żył;
2) małe ilości rtęci potrzebne do skutku;
3) dokładne oznaczenie dawki leku;
4) okoliczność, że cała ilość wstrzyknięta jest rzeczywiście wessana;
5) brak wszelkich nieprzyjemnych zjawisk i skutków ubocznych.

Przeciw tym niezaprzeczonym zaletom występują wszakże niedogodności i to bardzo znaczne, jak możność użycia tylko w klinikach, trudności techniczne samychże wstrzykiwań, nieraz nie do pokonania, prawdopodobnie brak trwałości skutku. W żadnym przeto razie nie można mówić o wyższości wstrzykiwań w żyły nad wcieraniami szaruchy i wstrzykiwaniem przetworów rtęci nierozpuszczalnych.

Wstrzykiwanie przeto w żyły uważać trzeba za łagodne leczenie, bardzo stósowne tam, gdzie należy unikać wielkich dawek rtęci, jak u suchotników, u osób wyniszczonych i nerwowych i nieznoszących w ogóle znacznych ilości rtęci.

Główne znaczenie metody Baccellego widzi autor w wykazaniu, że można małemi dawkami rtęci działać na objawy kiły, z drugiej strony w zainicyonowaniu leczenia przez wprowadzenie leków wprost do żył, przyczem autor jako dermatolog ma na myśli arsen, którego żołądek tak często nie znosi, który w razie wstrzykiwania podskórnego sprawia znaczny ból a przecież w niektórych chorobach skórnych jest niewątpliwie bardzo skuteczny. W każdym razie myśl uczonego badacza włoskiego otwiera widok na nowe sposoby terapeutyczne. (*Berliner klin. Wochenschrift.* 5. Listopada 1894).

— Chloral nadaje się do użycia zewnętrznego według Brodnaxa:

w swędzeniu skórnem (skutkiem pokrzywki i t. d.) w postaci mazidła:

137) Rp. *Hydratis chlorali*
Acidi carbolici $\widetilde{aa}$ *0·50*
Olei olivarum *50·00*
MDS. Zewnętrznie.

a w bólu zębów z próchnienia *(caries)* w postaci kuleczek z waty napojonej płynem:

138) Rp. *Hydratis chlorali*
Camphorae
Acidi carbolici
Glycerini $\widetilde{aa}$ *5·00*
MDS. Zewnętrznie.

zakładanych do właściwego wydrążenia. (*La semaine médicale.* 7. Listopada 1894).

V. VII-my Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1894. roku.

Napisał
Dr. Leon Kryński,
asystent kliniki chirurgicznej w Krakowie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 45).

II. Prof. **Rydygier**: *Przypadek polipa włóknistego pozaszczękowego (Retromaxillargeschwulst Langenbecka), operowany za pomocą tymczasowego wypiłowania szczęki górnej sposobem* O. Webera. (Sprawozd. własne). Operacya polipów włóknistych pozaszczękowych wymaga koniecznie tymczasowego wypiłowania szczęki górnej, inną bowiem drogą nie możemy dotrzec do ich szypułki, znajdującej się w szczelinie skrzydło-podniebiennej *(fissura pterygopalatina)*. Z tego już względu czysto praktycznego ważną jest rzeczą, żeby nowotwory te ściśle odróżniać od polipów jamy noso-gardłowej, wyrastających z podstawy czaszki, do której rozmaitemi innemi drogami dojść możemy bez tak ciężkich zabiegów przedwstępnych, jak to nam pomiędzy innymi opisał i kol. Bącz. Dlatego to w swoim podręczniku starałem się te

[1]) Na te trudności wstrzykiwania w żyły zwrócił już dawniej uwagę Dr. Uhma we Lwowie (patrz *Medycyna* Nr. 35. z r. b. i *Przegląd lekarski* Nr. 37. również z r. b.).

sprawy tak dokładnie przedstawić i podać cechy dozwalające je rozpoznać.

Niedawno mieliśmy w klinice swojej ciekawy przypadek rzadkiego tego nowotworu u chłopca 14-letniego a chociaż nigdy przedtem nie widziałem podobnego przypadku, rozpoznaliśmy go z łatwością, przywodząc sobie do myśli opis Langenbecka. W jamie gardłowej znajdował się guz, który nieco zapuszczał się do nozdrza, gałka oczna po tej stronie była wysadzona, skroń więcej wypełniona.

Nie chcąc użyć sposobu Langenbecka do tymczasowego wypiłowania szczęki górnej, gdyż pozostawia on bardzo szpecącą bliznę i wywołuje porażenie wielu gałązek nerwu twarzowego, użyłem sposobu podanego w głównych zarysach dawno już przez O. Webera a dziś zapomnianego, o którym dopiero po operacyi znalazłem wzmiankę w starem wydaniu podręcznika Pithy-Billrotha.

W częściach miękkich używa się zmodyfikowanego cięcia Dieffenbacha do całkowitego wypiłowania szczęki górnej, jak je opisuje O. Weber (zobacz mój podręcznik str. 178) a które właściwie nazwać należy cięciem Nelatona. Cięcie to rozpoczyna się poniżej wewnętrznego kąta ocznego, przebiega na granicy pomiędzy nosem a policzkiem ku dołowi, dalej okrąża skrzydło nosa i nareszcie przedziela górną wargę w samym środku wprost ku dołowi. Drugie cięcie poziome prowadzi się od górnego końca pierwszego wzdłuż dolnego brzegu oczodołowego. Dalsze postępowanie już jest odmienne. Trzecie cięcie oddziela wargę od wyrostka zębodołowego po odpowiedniej stronie szczęki i przebiega w ustach. Cięcia przez kość robimy dłutem. Przecinamy naprzód wyrostek czołowy kości licowej, dalej łuk kości licowej, następnie wyrostek nosowy szczęki górnej, nareszcie przecinamy poziomo szczękę górną powyżej wyrostka zębodołowego tak, że zęby pozostają nienaruszone. Płat ten kostno-mięsno-skórny odchylamy na zewnątrz, przełamując połączenie szczęki górnej z kością klinową, co się tem łatwiej udaje, ponieważ tutaj mamy szypułkę guza i części te są rozluźnione. Po wycięciu guza i wyjęciu jego odnóg, płat cały wkładamy napowrót na swoje miejsce, przytwierdzając go kilkoma szwami, przez okostnę założonymi. Rany w częściach miękkich łączymy także dokładnie szwami.

Zalety tego sposobu przed sposobem Langenbecka są znaczne: przedewszystkiem nie ma porażenia nerwu twarzowego, który wstępuje od tyłu przez szypułę płatu; powtóre blizny są daleko mniej szpecące. Tem się zaś korzystnie różni od sposobu Boeckla, do którego zresztą jest podobny, który jednak cięcie poziome dolne prowadzi zewnątrz przez policzek.

Przebieg pooperacyjny u naszego chorego był zupełnie pomyślny; rana skórna na twarzy zagoiła się przez rychłozrost, tylko przez czas jakiś utrzymywał się obrzęk dolnej powieki i części policzka, co potem ustąpiło. Szczelinę skrzydło-podniebienną po wyjęciu guza wytamponowano przy operacyi gazą, którą po tygodniu usunięto przez usta. Chory opuścił klinikę zupełnie w dobrym stanie.

W dyskusyi oznajmia Dr. Ziembicki, że ma do przedstawienia chorych i preparaty w szpitalu, dokąd zaprasza obecnych na dzień następny.

Dr. Kader nadmienia, że we wrocławskiej klinice chirurgicznej stósowano w przeszłym roku podobną do użytej przez prof. Rydygiera metodę dwa razy z zupełnem powodzeniem.

III. Dr. T. **Drobnik**: *O leczeniu porażeń dziecięcych za pomocą przenoszenia czynności mięśni.* (Sprawozd. własne). Leczeniu ortopedycznemu rozmaitych porażeń dziecięcych, mianowicie mięśni poruszających stopę, stoją na przeszkodzie skurczenia mięśni przeciwniczych (antagonistów) porażonym. Dlatego operacyjne leczenie porażeń dziecięcych dotychczas ograniczało się głównie w przypadkach nieodpowiednich do artrodezy lub amputacyi na przecięciu ścięgien skurczonych mięśni. Starano się nadać stopie odpowiednią postać za pomocą opatrunków gipsowych, aby w końcu założyć stósowny aparat ortopedyczny. Wyniki zabiegów tych nie zadowalniały mnie nigdy. Mianowicie w praktyce klinicznej, gdzie liczyć się musimy ze szczupłymi środkami pacyentów, stósunkowo drogie aparaty, często wymagające odnowienia lub naprawy złudnemi czyniły wszelkie nasze zabiegi. Długiego i kłopotliwego leczenia skutkiem była w tych przypadkach zawsze prawie całkowita recydywa. Przypadek takiej recydywy, doprowadzający rodziców do ostatecznego zniechęcenia po wielu i bardzo kosztownych próbach leczenia stopy szpotawej paralitycznej we Wrocławiu za pomocą elektryzowania najpierw a potem rozmaitych aparatów ortopedycznych, dostał mi się w jesieni 1891. roku. Przypadek ten jako pierwszy opisany jest dokładnie w jednym z pierwszych numerów *Gazety lekarskiej* z 1892. roku; dlatego tutaj tylko dla informacyi krótko go przytoczę.

Porażonym był mięsień wyprostnik palców stopy, którego zadaniem głównem jest unosić stopę na zewnątrz i ku górze. Wszystkie inne mięśnie były w całej pełni swojej czynności. Skurczony był mięsień brzuchaty łydki a nadmiernie rozwinięty mięsień wyprostnik palucha. Zbytnie wybujanie wyprostnika palucha polega na tem, że przy każdem nastąpieniu, mięsień ten starał się przejąć czynność porażonego i pogarszał tylko, jako pomocnik mięśnia goleniowego przedniego, ułożenie stopy. Oprócz tego widoczną była przeszkoda, jaką ten właśnie mięsień stawiał przy prawidłowem ustawianiu stopy; kurcząc się podnosił paluch do tego stopnia, że niemożliwem czynił założenie jakiegokolwiek trzewika. Dawniej przytwierdzałem paluch do sandała za pomocą tasiemki, ostatecznie mało skutecznej, gdy się zamiast sandału trzewik miało włożyć na nogę. Z tego powodu w tym przypadku oprócz przecięcia ścięgna Achilesa wskazanem wydało się przecięcie także ścięgna wyprostnika palucha. Postanowiłem tedy część brzuszkową ścięgna, przeszkadzającego wyprostowaniu, dla próby przyczepić do porażonego wyprostnika palców stopy. Próba ta prosta i nienarażająca chorego na żadne pogorszenie udała się i stworzyła podstawę do zupełnego zmienienia całego mojego postępowania w leczeniu porażeń dziecięcych i rozszerzenia granic tego sposobu leczenia na inne części ciała a mianowicie na ręce.

Wyszedłbym po za ramy referatu, chcąc roztrząsać wszystkie (ośm) przypadki porażeń dziecięcych, leczonych za pomocą przenoszenia czynności mięśni. Na tem miejscu chodzi tylko o zaznaczenie okresów rozwoju tej metody operacyjnego leczenia porażeń dziecięcych.

Są przypadki, w których prosty sposób operacyjny powyżej naszkicowany wcale nie da się zastósować. Jednym z takich przypadków jest postać kopytowa stopy, *pes equinus*, polegająca na porażeniu mięśnia brzuchatego łydki. Do

poprawienia tej postaci stopy, zużyć możemy tylko mięśnie zginacze stopy a więc zginacz palców nogi lub strzałkowe. Przecięcie ścięgna jednego z tych mięśni i przyczepienie do ścięgna Achillesowego wydaje się niemożliwem, gdyż moglibyśmy pogorszyć stan nie wiele mając nadziei polepszenia. Do równego unoszenia pięty konieczną jest w tym przypadku pomoc dwóch mięśni, których ścięgna możnaby przyczepić po każdej stronie do ścięgna Achillesowego. Wykonać to tylko można, nie poświęcając zupełnie czynności mięśni, których siłę mamy zużytkować do unoszenia pięty. Cel ten postanowiłem osiągnąć przez odczepienie części ścięgien mięśni przebiegających po obu stronach ścięgna Achilesowego i przyczepienie tych części do niego. Odciąwszy tedy zewnętrzną połowę ścięgien długiego zginacza palców stopy i strzałkowego krótkiego na 8 do 10 cm., przytwierdziłem te części, zostające w połączeniu z brzuszkiem mięśni do okostnej kości piętowej i odświeżonych zewnętrznych brzegów ścięgna Achillesowego. Obawa o obumarcie tych odcinków ścięgien okazała się płonną — skutek był bardzo dobry. Operacya odbywała się zupełnie aseptycznie, ażeby nie zniszczyć antyseptycznemi środkami delikatnych naczyń, oplatających ścięgna w postaci siatki, złożonej z wydłużonych prostokątów lub równoległoboków. Korzystny wynik tej operacyi rozszerzył znacznie granice operacyjnego leczenia porażeń dziecięcych i pozwalał obejmować tą metodą te nawet przypadki, w których porażenie znacznej bardzo liczby mięśni jakiejś kończyny zmuszałoby do wykonania w danym razie artrodezy. Możliwość rozłożenia czynności jednego mięśnia i skierowania jej w odpowiednim kierunku szczególnie korzystną mi się przedstawiała w przypadku porażenia wyprostników palców ręki, będących równocześnie w znacznej części pomocnikami przy wyprostowaniu dłoni. Porażenie to ubezwładniało zupełnie czynność ręki. Chora dziewczynka czteroletnia ręką nic chwycić nie mogła, bo jej nie mogła otworzyć. Porażone były w tym przypadku *m. extensor carpi ulnaris* i *extensor digitorum communis*. *Extensores carpi radiales* pełniły swoją funkcyę zupełnie bezużytecznie. Odczepiłem tedy część wewnętrzną ścięgna *m. extensoris carpi radialis* i przyczepiłem ją do zewnętrznego brzegu wyprostnika palców ręki. Po zagojeniu rany nauczyłem dziewczynkę w krótkim czasie prostowania palców przez unoszenie zewnętrznego brzegu dłoni ku górze. Przy ruchu tym wywołanym czynnością mięśnia *extensoris corpi radialis* otwierały się palce mniej więcej do połowy.

W dyskusyi oświadcza dr. Kryński, że operacyą przenoszenia czynności mięśni stosować można w celu leczniczym nietylko w przypadkach porażeń, jak to zaproponował i wykonał w opisanych przypadkach dr. Drobnik, lecz i w innych, przedewszystkiem zaś w przypadkach urazowych uszkodzenia czy rozerwania ścięgien, gdzie nie można poprostu zeszyć rozłączonych końców. W przypadkach tych szanse operacyi są nawet lepsze wobec braku tych zboczeń w unerwieniu i krążeniu, jakie są następstwem porażeń. Przed miesiącem niespełna operował mówca w klinice krakowskiej jeden taki przypadek. Tyczył się on młodego, 20-kilkoletniego rzemieślnika, który przed pół rokiem wbił sobie szydło w sam środek dłoni prawej. Rana zagoiła się wkrótce, lecz od tego czasu pozostała nieruchomość środkowego palca, który sterczał ciągle wyprostowany, zawadzając bardzo w robocie. W celu usunięcia tego, wykonał mówca następującą operacyę: po przecięciu skóry podłużnie przez środek dłoni okazało się, że rzeczywiście w miejscu blizny przecięte były zupełnie ścięgna środkowego palca obydwóch zginaczów palców, powierzchownego i głębokiego (*m. flexor digitorum sublimis et profundus*); dolne końce tych ścięgien można było z łatwością odnaleść na palcu w pobliżu miejsca skaleczenia, lecz za to końce górne cofnęły się tak wysoko ku nadgarstkowi, że nie można było myśleć o zbliżeniu i zeszyciu.

Wobec tego rozszczepił mówca podłużnie w odpowiedniej wysokości ścięgno powierzchownego zginacza wskaziciela i dolny brzeg otrzymanego w ten sposób płatka ścięgnistego zeszył z dolnym końcem przeciętego zginacza powierzchownego palca środkowego. W tenże sam sposób zeszył rozszczepione ścięgno zginacza głębokiego palca czwartego z dolnym końcem przeciętego zginacza głębokiego trzeciego palca. Drogą tą powstawała możność wyrównania czynności palca środkowego bez narażania czynności zginaczów dwóch palców sąsiednich.

Po zagojeniu rany skórnej i zdjęciu opatrunku chory mógł palcem środkowym wykonywać razem z pozostałymi palcami słabe ruchy zginające; jest więc nadzieja, że po mocnem zrośnięciu się zeszytych ścięgien, przy pomocy odpowiedniej gimnastyki palców, to ograniczenie ruchów palca środkowego ustąpi lub przynajmniej wyrówna się znacznie.

Na tem zakończono 1-sze posiedzenie.

(Ciąg dalszy nastąpi).

VI. Wiadomości bieżące.

Kraków dnia 15. Listopada 1894 r.

— Czwarte zebranie krakowskiej Izby lekarskiej odbyło się dnia 10. b. m. w obecności wszystkich członków Izby.

Na posiedzeniu tem powzięto następujące uchwały:

1) Przy Izbie lek. w Krakowie zostanie utworzoną z początkiem roku 1895. kasa doraźnego wsparcia dla lekarzy i ich rodzin. Ułożony przez Wydział w tej mierze regulamin zatwierdzono.

2) Ułożono i przyjęto budżet na rok 1895, oznaczając wkładkę roczną po 4 złr. od każdego lekarza na potrzeby bieżące Izby, nadto po 2 złr. na fundusz kasy wsparcia.

3) Uchwalono sposób postępowania w ściąganiu wkładek i wydano postanowienia co do ulg w ich uiszczaniu. Przepisy w tym względzie zostaną podane do ogólnej wiadomości przez prezydenta Izby.

4) Izba lekarska krakowska uznając doniosłość wspólnego porozumiewania się Izb austryackich, w sprawach tyczących się ogółu lekarzy, postanowiła przystąpić do wieców tychże Izb, z zastrzeżeniem własnego stanowiska autonomicznego i brać w nich czynny udział przez swych delegatów.

5) Postanowiono wnieść podanie do Rady państwa w sprawie reformy taks sądowo-lekarskich.

6) W sprawie rewizyi ustawy o zabezpieczeniu chorych uchwalono zwrócić się do Ministerstwa spraw wewnętrznych z prośbą o wezwanie obok innych korporacyj także i Izb lekarskich do wydania w tej mierze swej opinii.

— Komisya sanitarna krakowska odbyła w d. 13. b. m. wspólnie z radą szkolną okręgową miejską pod przewodnictwem Prezydenta miasta posiedzenie, na którem oświadczono się po długiej i wyczerpującej dyskusyi, w której brali udział prawie wszyscy lekarze do Komisyi przerzeczonej należący, za zaprowadzeniem sposobem próby w szkołach ludowych w Krakowie nauki jednorazowej z zastrzeżeniem stosownych, co raz dłuższych pauz między godzinami naukowemi i takiego ugrupowania przedmiotów po sobie, by po najbardziej natężających umysł szły przedmioty łatwiejsze a na samym końcu znalazły

się rzeczy więcej mechaniczne, jak śpiew, rysunki, kaligrafia, gimnastyka i t. p.

— Dowiadujemy się ze *Zdrowia*, iż wystawę higieniczną, w roku przyszłym w Warszawie odbyć się mającą odroczono do roku 1896. a to z przyczyny oświadczenia P. Prezydenta miasta, iż Warszawa dopiero w r. 1896. będzie mogło wziąć należyty udział w Wystawie; natomiast zdecydowano się co do miejsca, bo postanowiono korzystać z ofiarowanego przez miasto placu między ulicami Polną, Kaliksta i Nowowiejską, mającego 200.000 łokci ² powierzchni. Miasto zamierza plac po wystawie zostawić w postaci ogrodu dla publiczności.

— Jak donosi *Medycyna*, stan zdrowia publicznego w Warszawie po bardzo niepomyślnych Sierpniu i Wrześniu, z ustąpieniem cholery poprawił się znacznie a śmiertelność w Październiku 22·5‰ jest nieco mniejsza od śmiertelności w tym samym miesiącu r. z. Z chorób zakaźnych pojawiają się teraz najczęściej odra, błonica i płonica (ta szczególniej w bardzo ciężkiej postaci), również wiele przypadków róży i zapalenia płuc włóknikowego, mało zaś duru brzusznego. Duru osutkowego w ostatnich czasach nie widywano.

— Dr. Teodor Heryng w Warszawie otrzymał zaproszenie na współpracownika pisma *la Tuberculosi*, wydawanego przez prof Maraglianę w Genui.

— Z powodu śmierci lekarza miasta Warszawy, Henryka Bernarda, zaszły następujące zmiany w podziale służby sanitarnej: lekarzem cyrkułu 10-tego (nowoświeckiego) został Dr. Kopeć, przedtem lekarz cyrkułu 8-go, lekarzem cyrkułu 8-go został Dr. Sawczenko, lekarzem 3-go cyrkułu, w którym był Dr. Puszkin (obecnie lekarz Komitetu policyjno-lekarskiego), został Dr. Tchórznicki, lekarzem zaś 6-go cyrkułu na miejsce Dra Tchórznickiego były lekarz wojskowy, Dr. Kossowski.

— Dr. Władysław Ratult, Piotrkowianin, były szef kliniki okulistycznej prof. Gałęzowskiego w Paryżu, jest już w Persyi i stanie wkrótce w Teheranie, miejscu nowego swego zamieszkania. Dr. R. pojechał tam jako okulista, polecony wprost Szachowi przez prof. Gałęzowskiego i zachowując prawo wolnej praktyki pobierać będzie pensyi rocznej 25.000 franków.

— W dniu 20. z. m. odsłonięto w Nowym Jorku pomnik słynnego ginekologa, Mariona Simsa, urodzonego w roku 1813. a zmarłego w r. 1883. Pomnik spiżowy na podstawie z granitu ofiarowali miastu przyjaciele, pacyentki i czciciele zmarłego mistrza.

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej jest obecnie 2011 doktorek medycyny, z których poświęciło się 121 homeopatyi, 70 chirurgii, 610 ginekologii, 70 psychiatryi, 65 ortopedyi, 40 okulistyce, 30 elektroterapii, 14 otyatryi, 95 jest docentkami w szkołach dla akuszerek, kolegiach lekarskich i uniwersytetach a reszta zajmuje się ogólnie praktyką lekarską.

— Statystyka konsumcyi rocznej wina na głowę w główniejszych miastach francuskich wykazuje, że konsumują w Nicei 243 (najwięcej) litrów, w Bordeaux 207, w Lugdunie 185, w Paryżu 193 a w Roubaix tylko 19 (najmniej) litrów.

— **Konkurs.** Na posadę lekarza okręgowego w Podkamieniu w powiecie rohatyńskim we wschodniej Galicyi. Pensya roczna 500 złr. i 200 złr. ryczałtu na podróże. Termin podania się do 30. Listopada 1894 r. do wydziału powiatowego w Rohatynie.

— **Nekrologia.** Zmarli: W Dzwińsku (Dynaburgu) Dr. **Ignacy Wojszwiłło**, b. lekarz wojskowy w Orenburgu i Uralsku, b. prezes Towarzystwa lekarzy dźwińskich, naznaczony na naczelnego lekarza w Chabarówce nad Amurem. — W Jałcie w Krymie Dr. **Stolnikow**, profesor warszawskiej kliniki terapeutycznej szpitalnej. — We Włodzimierzu na Wołyniu Dr. **Ignacy Molski**. — W Miłosławiu Dr. **Tytus Skoraczewski**. — W Nowym Sączu w dniu 13. b. m. Dr. **Karol Slavik**, burmistrz tamtejszy, przeżywszy lat 63.

Redakcya otrzymała:

G. Apostoli: Travaux d' Électrothérapie gynécologique. Paris 1894. Volume I. Fascicules I. et II.

L. Guranowski: Przypadek gruźliczego zapalenia ucha średniego. Kilka uwag o sprawach gruźliczych ucha w ogóle. (Odbitka z *Medycyny*).

H. Kowalski: Jaki sposób leczenia błonicy gardła daje najlepsze wyniki? (Odbitka z *Medycyny*).

Towarzystwo lekarskie krakowskie odbędzie we Środę dnia 21. Listopada b. r. o godzinie 6-tej wieczorem w sali Śniadeckich *Collegium novum* posiedzenie zwyczajne, na którem odbędą się następujące odczyty: 1) kol. Tyszkiewicz opowie: o kilku rzadszych przypadkach z praktyki osobistej; 2) kol. Nowak mówić będzie: *O formalinie;* 3) kol. Haim: *O wartości higienicznej wody studziennej oddziału chorób zakaźnych w szpitalu św. Łazarza* (z demonstracyą).

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. S. Domański.**

Nakładem Tow. lek. krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.